1883-1884 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 42

DU

# VOLVULUS DE L'S ILIAQUE DU COLON

## et de son traitement par la laparatomie.

Ad extremos morbos extrema remedia optima.

# THÈSE

## POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 9 AOUT 1884

PAR

G. BADIOLE

Né à Juillan (Hautes-Pyrénées), le 12 Janvier 1855.

**Examinateurs de la Thèse :** MM. MOUSSOUS, *président.* PICOT. DEMONS. DUDON.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

BORDEAUX

Imprimerie Vve Cadoret

17 — Rue Montméjan — 17

1884

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549617_0032

1883-1884 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 42

DU

# VOLVULUS DE L'S ILIAQUE DU COLON

## et de son traitement par la laparatomie.

Ad extremos morbos extrema remedia optima.

# THÈSE

## POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 9 AOUT 1884

PAR

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

G. BADIOLE

Né à Juillan (Hautes-Pyrénées), le 12 Janvier 1855.

**Examinateurs de la Thèse :** MM. MOUSSOUS, *président.* PICOT. DEMONS. DUDON.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

BORDEAUX

Imprimerie Vve Cadoret

17 — Rue Montméjan — 17

1884

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. DENUCÉ..... Doyen.

**PROFESSEURS :**

| | | |
|---|---|---|
| Anatomie | MM. | BOUCHARD. |
| Physiologie | | ORÉ. |
| Physique | | MERGET. |
| Chimie | | MICÉ. |
| Histoire naturelle | | GUILLAUD. |
| Pathologie générale | | VERGELY. |
| Pathologie interne | | DUPUY. |
| Pathologie externe | | AZAM. |
| Anatomie pathologique | | COYNE. |
| Histologie et anatomie générale | | VIAULT. |
| Médecine opératoire | | MASSE. |
| Pharmacie | | FIGUIER. |
| Thérapeutique | | De FLEURY. |
| Hygiène | | LAYET. |
| Médecine légale | | MORACHE. |
| Médecine expérimentale | | JOLYET. |
| Matière médicale | | PERRENS |
| Clinique médicale | | PICOT. PITRES. |
| Clinique chirurgicale | | DENUCÉ. LANELONGUE |
| Clinique obstétricale | | MOUSSOUS. |
| Clinique ophthalmologique | | BADAL. |

**AGRÉGÉS EN EXERCICE**

| | | |
|---|---|---|
| MM. ARNOZAN, | MM. DUDON, | MM. CARLES, |
| RONDOT, | DEMONS, | PÉRIER, |
| LANDE, | PIÉCHAUD, | BLAREZ, |
| ARTIGALAS, | LAGRANGE, | BERGONIÉ, |
| BOURSIER, | PLANTEAU, | |
| LEFOUR, | TESTUT, | |

**MAITRES DE CONFÉRENCES**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Physique | MM. BERGONIÉ. | Histoire naturelle | MM. PÉRIER. |
| Chimie | CARLES. | Accouchements | LEFOUR. |

**CLINIQUES ANNEXES**

| | | |
|---|---|---|
| Clinique médicale des enfants | MM. | NÉGRIÉ. |
| Clinique chirurgicale des enfants | | BITOT. |
| Maladies vénériennes | | VENOT. |
| Maladies mentales | | TAGUET. |

*Le Secrétaire de la Faculté,* F. LAMBERT des CILLEULS.

---

**La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.**

MEIS ET AMICIS

# INTRODUCTION

Depuis quelques années étaient signalés dans la presse médicale des faits d'un nouveau mode d'occlusion intestinale caractérisée par la torsion de l'S iliaque du côlon. Quelques observations de volvulus de l'S iliaque paraissaient de loin en loin, donnant lieu tantôt à des commentaires utiles, tantôt à des interprétations banales, mais témoignant les unes et les autres de l'embarras du chirurgien en présence de ce problème : Quelle est la nature de l'occlusion, quel est son siège exact, par quel moyen remédier aux accidents qu'elle détermine?

L'inconnue était en effet difficile à trouver. Il suffit d'examiner les quelques cas observés dans ces derniers temps pour être convaincu des difficultés inhérentes au diagnostic et de l'impuissance thérapeutique par les moyens ordinaires.

Est-ce à dire que les éléments fissent défaut au diagnostic, à ce point que celui-ci devînt insaisissable? N'y avait-il pas lieu d'incriminer plutôt le défaut de coordination de ces éléments isolés, l'absence de méthode dans leur interprétation? Cette dernière hypothèse paraîtra la plus vraisemblable si l'on mesure le chemin parcouru depuis Rokitansky, avec Melchiori, Duchaussoy, Besnier, Léger, Rendu, etc., jusqu'à nos jours.

Les éclaircissements qu'avaient reçus l'anatomie pathologique et la pathogénie n'avaient pas été sans doute sans

contribuer quelque peu à faire avancer l'étude clinique du volvulus de l'S iliaque.

D'ailleurs par les quelques essais originaux qui se sont succédé en peu de temps soit en France (communications de Léger, Faucon, Potain) soit en Allemagne (travail d'Esau. — Article sur les occlus. int. par Leichtenstern), on peut juger des efforts tentés de côté et d'autre pour faire reconnaître ce type spécial d'occlusion intestinale d'après des caractères particuliers.

D'autre part, quelques observations récentes publiées depuis les essais de Leichtenstern et de Potain sont venues confirmer les notions acquises ou mettre en lumière quelque particularité nouvelle.

Réunir ces diverses observations, condenser les matériaux très-dispersés se rapportant à ce sujet, les coordonner et les interpréter de façon à en faire un tout facile à consulter, était, pensons-nous, un plan à réaliser encore.

Un cas extrêmement remarquable de volvulus par torsion de l'S iliaque qui se présenta en 1882 à l'Hôpital St-André dans le service de M. le Dr Demons, et dont l'observation fut recueillie par M. Prioleau, Interne des Hôpitaux de Bordeaux, a été pour nous un motif de plus d'explorer un tel sujet.

En essayant d'entreprendre nous-même une étude aussi épineuse, nous savions que la première inspiration nous en venait d'un de nos maîtres les plus justement estimés, M. le Dr A. Demons, dont le concours aussi autorisé que bienveillant nous était assuré. La certitude de pouvoir compter sur cet encourageant appui n'a pas peu contribué à nous faire oublier le difficile pour ne songer qu'à l'utile.

Nous devons reconnaître aussi que le travail publié par mon père en 1879 sur un nouveau mode de réduction des hernies étranglées était bien fait pour nous enhardir à nous

rapprocher de son sujet et à travailler presque sur le même terrain.

Que MM. les professeurs Arnozan et Boursier, de Bordeaux, que M. le Dr G. Homolle, de Paris, et que M. le Dr Boudet de Paris dont à notre grand regret nous n'avons pu utiliser les matériaux inédits sur le traitement de divers cas d'occlusion intestinale par les courants continus qu'il a bien voulu mettre à notre disposition, reçoivent ici un juste tribut d'hommages de notre profonde gratitude pour la bienveillance qu'ils nous ont les uns et les autres témoignée chaque fois que nous avons eu à faire appel à leurs lumières.

En publiant cet essai, si nous avons réussi à faire œuvre utile et à ne pas rester trop au-dessous de notre tâche, nous serons pleinement satisfait.

DU

# VOLVULUS DE L'S ILIAQUE DU COLON

**et de son traitement par la laparotomie.**

## HISTORIQUE

Le volvulus (du latin *volvere*, rouler, entortiller) a été pendant longtemps pris comme synonyme d'ileus, (du grec εἰλέω, je resserre, ou εἴλεω, qui a la même signification que volvere); ces deux dénominations ont en effet été appliquées indifféremment à une maladie caractérisée par des douleurs violentes dans l'abdomen, par une constipation opiniâtre et par des vomissements d'abord alimentaires qui ne tardaient pas à devenir fécaloïdes. Sous le nom de volvulus, on a même décrit spécialement l'invagination ou l'intussusception des intestins, avant que la nature anatomique de cette dernière variété morbide fût exactement connue. Dans l'ignorance où ils étaient de la nature différente de lésions correspondant à des accidents dissemblables auxquels ils ne voyaient qu'une unité de forme de même qu'une unité d'origine, les anciens ont encore désigné indistinctement le volvulus et l'ileus sous les noms de *morbus tenuioris intestini* (Celse), de *chordapsus* (χορδαψος) (Galien), de *tormentum acutum* (Cælius Aurelianus), de passion iliaque, de *miserere mei*, de colique de miserere, etc...

Au moyen âge règne avec les Arabes la même confusion sur l'étranglement interne de l'intestin : c'est alors que furent créées les dénominations de *passio iliaca*, *dolor iliacus*, etc., pour exprimer les maladies les plus diverses. Par une telle richesse de synonymie on suppléait à la pauvreté des connaissances, mais le problème de l'occlusion intestinale restait tout aussi obscur. Toutefois, le terme de chordapsus, d'après son étymologie : ἅπτω, nouer et χορδη, gros intestin, semblerait convenir assez bien dans l'espèce à la détermination du siège et de la nature de l'occlusion, c'est du moins celui qui répondrait le mieux à l'idée d'enroulement du gros intestin, celui dont la signification se rapprocherait le plus de celle de volvulus.

Avec la pratique des autopsies, au XVI^e^ siècle, on commence pourtant à être éclairé sur la notion anatomique de l'occlusion de l'intestin. L'invagination date de cette époque.

Ce n'est qu'au XVIII^e^ siècle que l'on trouve une assez bonne description du volvulus et de la torsion.

Velfe, Moehsen, Zwinger, V. Swieten, Schoder, Hevin, etc., s'efforcent de donner pour chaque espèce d'étranglement des caractères spéciaux, pathognomoniques, mais dans l'état rudimentaire où se trouve l'étude de l'anatomie pathologique et surtout de la pathogénie, ils sont condamnés à ne faire qu'œuvre stérile.

Par les travaux de Rokitansky, en Allemagne, de Parise, de Besnier et de Duchaussoy chez nous, l'anatomie pathologique reçoit enfin une impulsion considérable. Rokitansky, en 1835, *(Sur les étrangl. int. des intestins)*; B. Philips, en 1843 *(Observation on intestinal obstruction depending on internal causes)* furent les premiers à réaliser un progrès sensible dans cette voie et à présenter d'une façon un peu originale une revue générale des étranglements internes.

A la place de volvulus, Rokitansky crée même un mot

nouveau, celui d'étranglement rotatoire, pour exprimer le déplacement de l'intestin effectué sur place par torsion. De nos jours, le volvulus des anciens et l'étranglement rotatoire de Rokitansky sont pris absolument dans le même sens, et l'expression de torsion sur l'axe (axendrehung) employée par les auteurs allemands, ou plus exactement celle de torsion de l'intestin autour de son axe mésentérique (Leichtenstern), sert à désigner le même fait pathologique. De la sorte, volvulus, étranglement rotatoire de Rokitansky, torsion sur l'axe des Allemands, et nous ajouterons renversement de l'intestin sur lui-même, de quelques auteurs, deviennent des termes synonymes pouvant être pris indifféremment les uns pour les autres, puisqu'ils se rapportent au même genre de déplacement de l'intestin, au même mode d'étranglement.

Rokistanky en 1837 a fait du volvulus une étude générale, mais, en réunissant sous un même groupe tous les étranglements dits rotatoires, il a eu le tort de rapprocher des faits dissemblables entre eux. Sa classification des étranglements intestinaux comprend trois espèces, dont une pour les étranglements par torsion de l'axe intestinal. Ceux-ci sont subdivisés eux-mêmes en trois variétés, suivant que une portion d'intestin se torde sur son axe propre, ou que la torsion se fasse d'abord sur le mésentère et consécutivement sur l'intestin, ou enfin que l'axe soit représenté par une portion d'intestin autour de laquelle une autre portion plus considérable s'enroule avec son mésentère, de manière à comprimer de toute part la portion enroulée.

Dès lors était reconnue et classée méthodiquement une espèce d'étranglement qui n'avait figuré pour ainsi dire que de nom dans les classifications antérieures. Les déductions auxquelles elle conduit son auteur sont loin d'être toutes absolument exactes, ce qui ne paraîtra pas surprenant, étant donné le petit nombre d'observations (15 cas d'étrangl. intest.) sur lequel il base son travail.

Notamment en ce qui concerne le degré de fréquence de l'étranglement par torsion dans les divers segments de l'intestin, il s'est mis en opposition formelle avec la réalité des faits, en avançant que la rotation de l'intestin autour de son axe propre se présentera très-difficilement si ce n'est pour les portions ascendante et transverse du côlon. Toutefois ce point de pathogénie n'en était pas moins mis en lumière, à savoir que toutes les parties qui se tordent sont des parties mobiles et sujettes à des déplacements.

Un autre fait important au point de vue de la pathogénie du volvulus ressortait encore des conclusions de son travail, c'est que la laxité des replis péritonéaux adjacents, tels que le mésocœcum, le mésocôlon ascendant, constatée dans la plupart des autopsies, pouvait favoriser le phénomène de torsion.

Si l'on ajoute à ces notions quelques considérations relatives à l'âge, aux antécédents morbides et aux diverses conditions étiologiques qui président au phénomène de la torsion, on aura un aperçu général de l'état de la question à cette époque et l'on comprendra comment Rokitansky a préparé l'élucidation d'un problème aussi épineux que celui du volvulus.

Après Rokitansky peu de faits saillants viennent s'ajouter aux notions déjà acquises sur le volvulus du gros intestin.

Une thèse de Rieux (1853) sur l'étranglement de l'intestin et sur un mode d'étranglement non décrit n'apporte aucune acquisition nouvelle, et n'est en somme qu'une reproduction des idées émises par Rokitansky sur l'étranglement rotatoire.

Cependant Streubel (1859) (contribution au diagnostic et au traitement de l'étrangl. int. de l'intestin. *Gaz. hebdom.*, 1859), indique l'S iliaque comme étant le siège le plus fréquent du volvulus. La question ne fait pas avec lui un grand progrès relativement à l'étiologie, mais il est juste de recon-

naître qu'il a eu le mérite de proposer le cathétérisme rectal et l'impossibilité de faire pénétrer les lavements comme un moyen suffisant, dans bien des cas, pour faire diagnostiquer une torsion de l'S iliaque.

Avant Streubel parurent surtout en Angleterre quelques observations originales de torsion de l'S iliaque, parmi lesquelles nous citerons celles de Barlow, d'Easton, de Hewett et Pollock, de Busk. Ces observations recueillies avec soin dans un mémoire fort intéressant de Duchaussoy permettront à cet auteur d'en tirer des conclusions très-utiles au point de vue des modifications que subit l'S iliaque dans son volume, dans sa direction et dans les rapports de ses courbures entre elles.

En 1859, l'Académie de médecine ayant mis au concours la question suivante : Anatomie pathologique des étrangl. internes et conséquences pratiques qui en découlent, deux mémoires lui furent présentés par MM. Duchaussoy *(Anat. path. des étrangl. int. Mém. de l'Acad. imp. de méd.* t. XXIV) et Besnier *(Des étrangl. int. de l'intestin)*.

Le mémoire de Duchaussoy mérite, selon nous, une mention spéciale à cause de la place importante qu'y tient l'étude du volvulus et notamment du volvulus de l'S iliaque. En effet, pour la première fois, nous voyons consignés un certain nombre d'exemples de torsion de l'S iliaque dans un tableau qui porte en tête d'une colonne, comme cause d'obstruction, la torsion de l'S iliaque. Deux observations, celles de Barlow (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, t. VIII), et de P. Hewett et Pollock (*Edimb. med. and surg. Journal)* y sont rapportées en détail, les autres figurent seulement à titre d'indication bibliographique. Celles-ci se réduisent à deux, l'une de Busk (*Path. Soc. of London*, VI, p. 108) et l'autre d'Easton (*Union méd.*, 1851), en éliminant un cas de Parker dans lequel il s'agissait d'une constriction de l'S

iliaque par l'iléon. Bien que l'on ne soit que très-imparfaitement renseigné sur ces derniers faits, les résultats nécroscopiques sont cependant assez nettement indiqués pour ne laisser aucun doute sur la nature de l'étranglement. Ils contiennent même un enseignement utile à recueillir : c'est qu'il n'est pas besoin que la torsion soit complète pour que l'arrêt des matières fécales et que les phénomènes d'occlusion se produisent.

Duchaussoy, en réunissant dans un cadre à part les quelques cas de torsion observés jusque-là, a indiqué la voie à suivre pour arriver à une connaissance plus précise de cette variété d'étranglement intestinal.

On sait déjà avec lui que plusieurs degrés peuvent se rencontrer dans le phénomène de la torsion ; l'on commence même à connaître les lésions de l'intestin soit au-dessus, soit au niveau, soit au-dessous de l'étranglement. N'est-ce pas là une première ébauche de description anatomo-pathologique du volvulus de l'S iliaque : et tandis que la pathogénie et la notion anatomique de la torsion de l'S iliaque prennent ainsi avec Duchaussoy un caractère plus scientifique, cet auteur ne facilite-t-il pas du même coup la tâche de ceux qui, après lui, appliqueront leurs recherches à l'étude des signes propres à en assurer le diagnostic ?

Dans un deuxième mémoire du même auteur, paru peu de temps après le premier, et dans lequel il a étudié les relations des hernies avec les étranglements internes (*Arch. gén. de méd.*, 1860, vol. 1, 15$^{e}$ série), il arrive à des conclusions qui ne manquent pas d'intérêt, sinon au point de vue du traitement, comme il l'avait affirmé, du moins au point de vue du diagnostic. En indiquant que « dans tous les cas de hernie existant simultanément avec un étranglement interne, on doit chercher l'obstacle près de cette hernie, ou du moins

du même côté », il a attiré l'attention sur un signe qui pourrait dans quelques cas être d'une certaine valeur.

C'est aussi à lui que nous devons d'avoir fait ressortir une indication thérapeutique très-importante qui avait été signalée avant lui par Rokitansky, celle de recourir au bistouri si, vers le quatrième jour, on n'a pas triomphé de l'obstacle avec le traitement médical, y compris la ponction de l'intestin.

La question se trouve encore traitée en même temps dans une monographie de Besnier (*Des étrangl. intest. de l'intestin)*, mais peut-être avec moins de développements et moins d'originalité que dans le mémoire de Duchaussoy.

Indépendamment des observations de volvulus de l'S iliaque que nous venons d'énumérer, il existe dans la thèse de Bayon (1858— Sur l'étrangl. int. au point de vue du diagnostic et du traitement) un autre exemple de torsion de cette partie du gros intestin. A propos de ce cas, l'auteur, ayant été frappé de l'impossibilité qu'on avait rencontrée à faire pénétrer les lavements dans le rectum et de la rétraction qu'avait présenté l'anus, indique ces deux phénomènes comme étant de nature à mettre sur la voie du diagnostic.

A l'article côlon, tome XIX du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, un fait semblable est signalé par Kuettner.

En 1859, c'est-à-dire l'année même où l'Académie de médecine mettait au concours le sujet énoncé ci-dessus, et quelque temps avant la présentation des mémoires de Duchaussoy et de Besnier, parut un mémoire de Melchiori intitulé : *Dell' volvolo dell' S. iliaca,* extrait des *Annali universali di medicina*, Milan, 1859. Il est question dans ce mémoire des étranglements internes par la torsion de l'S iliaque, et les deux faits qui constituaient pour ainsi dire la base du travail du médecin italien y sont interprétés d'une

façon très-judicieuse. C'est pour la première fois que l'on assiste à un essai sérieux en vue d'arriver à une explication rationnelle du phénomène de la torsion. Cet auteur se demande si la torsion de l'S iliaque ne serait pas favorisée par quelque disposition anatomique. Il trouve, après avoir examiné un certain nombre de cadavres, que cette portion du côlon présente en effet des variétés nombreuses. Sur ce point il avait été certes devancé par d'autres observateurs, mais il est le premier qui ait dirigé ses recherches en vue d'expliquer le mécanisme de la torsion. De même il est le premier expérimentateur qui ait cherché à reproduire expérimentalement sur le cadavre la torsion de l'S iliaque. Bien que ses expériences cadavériques dirigées dans ce sens n'aient pas abouti complètement, nous ne lui devons pas moins la connaissance de ce fait expérimental que la pression de la paroi abdominale sur l'anse distendue contribue à augmenter la torsion et devient par suite une cause de difficulté pour la levée de l'obstacle.

On lui doit également d'être mieux fixé sur la marche et la durée de la maladie ainsi que sur son mode ordinaire de terminaison. Et ce qu'il nous apprend à ce sujet n'est pas purement hypothétique, mais le résultat d'un dépouillement de dix observations de torsion de l'S iliaque qu'il a pu, dit-il, réunir sans peine.

Melchiori a fait plus que donner d'utiles renseignements sur le mécanisme du volvulus, sur la nature des lésions et la marche des symptômes; il s'est aussi appliqué à rechercher s'il n'y aurait pas quelque indication thérapeutique à déduire des faits qu'il a observés. La solution du problème thérapeutique, dont Melchiori s'est préoccupé avant tout et vers laquelle il a fait converger toutes ses recherches, si elle n'était pas découverte définitivement, avait, peut-on dire, fait un grand pas. Le mode de traitement qu'il propose est

peut-être critiquable quant au choix des moyens, mais on ne peut lui refuser de reposer au moins sur une base rationnelle. Agir à la fois sur les deux bouts de l'intestin, c'est-à-dire en deçà et en delà de l'obstruction, en deçà dans le but de déterminer une sorte de convulsion au voisinage de l'obstacle, en delà pour diminuer la distension gazeuze qui paraîtrait être une cause d'irréductibilité de l'anse, n'était-ce pas, en effet, remplir deux indications essentiellement logiques ?

Telle a été la manière de voir de Melchiori. En ajoutant, au cas d'insuccès du traitement médical ainsi compris, le recours à la gastrotomie, sans s'attarder aux moyens ordinaires et surtout aux purgatifs répétés qu'il a soin de proscrire, il a eu le mérite de tracer les règles d'une saine thérapeutique basée sur les notions anatomo-pathologiques et de reconnaître qu'au volvulus de l'S iliaque, maladie spéciale dans le cadre des étranglements internes, convenait un traitement spécial en rapport avec la forme particulière de ce mode d'étranglement.

Le mémoire de Melchiori, sur lequel d'ailleurs M. Giraldès fit un rapport favorable à la Société de chirurgie (séance du 6 juin 1860) peut donc à bon droit être considéré comme le travail à la fois le plus complet et le plus original sur la matière jusqu'à cette époque.

Depuis l'étude générale que Rokitansky avait faite de l'étranglement rotatoire, en dehors des observations isolées que l'on retrouve pour la plupart consignées sous forme d'indication bibliographique dans le mémoire de Duchaussoy, et d'un certain nombre de thèses où l'étranglement par torsion était plutôt traité d'une façon générale, aucun travail d'ensemble n'avait été tenté, aucune description du volvulus de l'S iliaque n'avait été esquissée.

A Melchiori revient le mérite d'avoir tracé les premières pages d'un nouveau chapitre dans l'histoire des étrangle-

ments de l'intestin. Le volvulus de l'S iliaque est loin d'être connu encore symptômatiquement, et le problème thérapeutique est assurément éloigné de sa solution définitive; toutefois il est juste de reconnaître que cette date marque avec les noms de Melchiori et de Duchaussoy un progrès sérieux dans l'étude clinique de ce mode spécial d'étranglement.

Une quinzaine d'années environ s'écoulèrent depuis les travaux de Melchiori, Duchaussoy et Besnier sans qu'il fût fait mention d'autres cas de volvulus de l'S iliaque. Ce n'est qu'à partir de 1875 que de nouveaux faits analogues à ceux que nous avons vus reproduits par ces auteurs furent l'objet de communications fort intéressantes. C'est ainsi qu'en moins de deux ans trois exemples de cette lésion furent présentés à la Société anatomique. Deux faits provenaient du service de Dolbeau à Beaujon et un du service de Nélaton à Cochin. Lors de la discussion qui eut lieu à la Société anatomique, M. Charcot rappela de son côté un autre cas de torsion simple qu'il lui avait été donné d'observer, dit-il, pendant son internat à la Salpétrière.

En Allemagne paraissait la même année un travail d'Esau sur trois cas d'obstruction intestinale par rotation de l'intestin autour de son axe (Deutch. *Arch. f. klin. méd.*, XVI, vol., p. 474, 1875).

Enfin, si l'on ajoute à ces faits bien connus une observation à peu près semblable de Trousseau, dans laquelle l'S iliaque retenue par un mésocôlon plus lâche que d'habitude s'était renversée, retournée de telle sorte que sa courbure droite était venue se placer à gauche en formant un pli qui avait produit un étranglement complet, ainsi que deux cas de torsion de l'S iliaque qui furent le sujet en 1879 d'une intéressante leçon de M. le professeur Potain, on aura un tableau à peu près complet des cas observés dans une période de quatre années.

Parmi les observations que nous venons d'énumérer, il en est quelques-unes particulièrement remarquables, tant pour les traits communs qu'elles mettent en lumière que pour les considérations qu'elles ont suggérées à leurs auteurs. Par une analyse rapide de ces divers faits et des interprétations auxquelles ils ont donné lieu, il sera facile de mesurer le chemin parcouru et de se rendre un compte assez exact de l'état de la question dans ces dernières années.

Les premiers faits en date à cette période sont ceux observés dans le service de Dolbeau. Ils furent l'objet de deux observations que M. Léger présenta à la Société anatomique et de commentaires très intéressants par M. Rendu dans son rapport à la Société. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1875). L'auteur, relativement au mécanisme de la lésion dont il donne une explication très-vraisemblable, fait jouer le principal rôle à la constipation : celle-ci agirait à la fois sur l'intestin et le mésocôlon et amènerait à la longue un relâchement du lien mésentérique et une élongation de l'S iliaque avec changement de rapport dans ses courbures normales. Dans de telles conditions, l'S iliaque serait beaucoup plus mobile et il suffirait d'un mouvement brusque de gauche à droite pour produire le premier temps de la torsion. Ce ne serait pas là une simple hypothèse, car M. Léger appuie son opinion sur un fait expérimental des plus probants.

La lésion peut se borner là, mais le plus souvent le mouvement rotatoire est plus prononcé, et l'intestin accomplit un tour complet sur lui-même; c'est alors un degré de plus dans le phénomène de rotation, c'est le deuxième temps du mécanisme, qu'il faut attribuer, d'après M. Léger, à l'accumulation des gaz dans la portion descendante de l'S iliaque du côlon. Quoique ce deuxième temps n'ait pu être reproduit sur le cadavre, d'après ce que l'on sait des effets des insuffla-

tions d'air dans les divers segments du côlon, il ne répugne nullement d'admettre l'explication de M. Léger.

En outre de ces données originales relativement à la pathogénie de la lésion, la communication de M. Léger renferme une particularité intéressante sur laquelle insiste avec raison M. Rendu dans son rapport, c'est la constriction sentie dans un cas par le doigt à la partie supérieure du rectum.

Une autre remarque non moins importante, qui paraît avoir frappé l'auteur de ces observations, c'est l'absence du relief en fer à cheval duquel on a fait la caractéristique des obstructions siégeant à l'extrémité inférieure du gros intestin.

Recherchant alors quelle pouvait être la cause de la différence d'aspect du ballonnement du ventre (ballonnement régulier dans un cas, irrégulier dans l'autre), il a été amené à expliquer cette différence par le plus ou moins de volume de l'S iliaque du côlon, par le plus ou moins d'étendue de son déplacement. Indiquer que la forme du ballonnement est en rapport avec la situation de l'S iliaque dans la cavité abdominale, c'était déjà faire une brèche à la théorie régnante qui faisait de l'invariabilité de forme du ventre un des signes les moins incertains pour le diagnostic.

M. Rendu, dans son exellent rapport, a abordé à son tour chacun de ces points et refait pour ainsi dire une étude magistrale de la question.

Aux faits nouveaux révélés par M. Léger, qu'il a eu soin d'ailleurs de mettre en lumière, il a ajouté quelques indications personnelles d'une originalité et d'une portée clinique incontestables. Ainsi, à propos du toucher rectal et de la valeur de ce mode d'exploration comme élément de diagnostic, il s'est demandé s'il ne serait pas indiqué, dans un cas semblable à celui qui a fait le sujet de la première observation, d'essayer le cathétérisme rectal avec la sonde œsophagienne. Non-seulement le diagnostic mais encore et surtout

la thérapeutique pourrait, à son avis, tirer quelque profit de ce mode d'investigation.

En fait de signes propres à faire soupçonner sinon à caractériser d'une façon certaine le volvulus de l'S iliaque, il n'en a signalé aucun qui ne fût déjà connu, à part celui tiré du toucher rectal et du cathétérisme par la sonde. Toutefois dans le tableau symptomatologique, qu'il a esquissé peut-être avec plus de précision qu'on ne l'avait fait jusque-là, nous retrouvons un signe dont il n'avait été fait mention que très rarement avant lui, le ténesme rectal.

M. Léger ne s'est pas contenté de dégager d'une symptomatologie trop générale les caractères qui lui paraissaient se rapporter plus spécialement à l'affection qui nous occupe, il a fait plus que tracer des règles pour le diagnostic, il s'est préoccupé aussi des applications thérapeutiques. « Ces considérations, dit avec raison M. Rendu, ne sont pas purement spéculatives, car on peut en conjecturer pour l'avenir l'efficacité d'un traitement rationnel ».

En fait, la lésion était dès ce jour mieux connue dans sa pathogénie, elle l'était mieux aussi dans ses manifestations : on était dès lors fondé à espérer que le problème thérapeutique serait d'autant simplifié et qu'il serait plus facile de remédier aux accidents par un traitement moins aveugle, plus rationnel, répondant mieux enfin à toutes les indications morbides.

M. Léger s'est donc appuyé surtout sur la notion étiologique et anatomo-pathologique pour formuler son traitement du volvulus de l'S iliaque. Comme Melchiori, il reconnaît la nécessité de vider l'anse de ses gaz ; seulement, au lieu de recourir tout d'abord à la ponction aspiratrice, à l'instar du médecin italien, il n'en conseille l'emploi que lorsqu'on aura essayé vainement d'obtenir le résultat désiré par l'introduction d'une sonde œsophagienne dans la partie sigmoïde du côlon. Il

fait, en outre, mettre le malade à genoux pour pratiquer le cathétérisme rectal, et donne pour conseil de faire suivre l'évacuation des gaz d'un mouvement brusque du malade de droite à gauche, pensant aider par ce moyen l'intestin à reprendre sa position normale.

En somme, on est redevable à M. Léger d'avoir contribué à élucider la pathogénie du volvulus de l'S iliaque et surtout d'avoir posé quelques jalons de plus dans la voie si épineuse du diagnostic, ce dont on ne saurait trop le louer si l'on songe qu'avant lui la lésion n'avait guère pu être soupçonnée que par exclusion et qu'on en était généralement réduit à ne la reconnaître que sur le cadavre.

Les deux observations de M. Potain, qui ont suivi à peu d'années de distance celles de Léger, sont devenues à leur tour le sujet d'une reprise de la question. A l'occasion de deux faits observés dans sa clinique, le savant professeur à été amené à faire une étude critique complète du volvulus de l'S iliaque. S'inspirant surtout des faits mis en lumière dans les travaux publiés tout récemment en Allemagne, notamment dans le mémoire de Esau et dans un article que Leichtenstern a consacré aux occlusions intestinales (*Ziemssen's Handb.* VII. 2 p. 468), il a profité des quelques éléments nouveaux qu'il a pu recueillir pour faire avancer à son tour la solution du problème.

Les considérations sur le mécanisme de la lésion, sur ses caractères cliniques, sont basées sur un certain nombre de faits précis. Elles complètent suffisamment les données de Léger et de Rendu pour qu'il ait pu avancer que « de toutes les torsions de l'intestin, celle de l'S iliaque est la forme la plus fréquente, celle dont le mécanisme est le plus manifeste, et celle enfin dont la symptomatologie semble présenter quelque chose de spécial. »

Parmi les indications dont M. Potain conseille de tenir le

plus grand compte au point de vue du diagnostic, il en est quelques-unes, celles par exemple tirées de certains désordres antécédents des fonctions intestinales, des phénomènes prémonitoires et de l'évolution des accidents, qui méritent, à notre avis, d'attirer l'attention en raison de leur importance. L'apparition des selles dysentériformes tout-à-fait au début, fait que nous n'avions trouvé encore signalé que par Leichtenstern, serait également considérée par le professeur Potain comme un signe précoce d'une certaine valeur.

Malheureusement il est moins affirmatif quand il s'agit de tracer des règles précises pour le traitement. Il se borne en effet à conseiller, ce qui avait été fait avant lui, l'introduction d'une sonde dans le rectum et la ponction capillaire de l'intestin. Toutefois nous estimons qu'en proscrivant l'emploi des purgatifs drastiques il a supprimé une cause sérieuse de complication et aura ainsi rendu quelque service aux malades atteints de volvulus de l'S iliaque.

Faucon (d'Amiens) *(Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1877, p. 738) avait fait deux années auparavant à la Société de chirurgie une communication très-intéressante sur un cas d'étrangl. interne par torsion de l'extrémité supérieure du rectum. Au point de vue de la nature des lésions, celui-ci présentait plus d'un point de ressemblance avec le volvulus de l'S iliaque, si bien que l'auteur aurait pu, ce nous semble, sans commettre une grande erreur, prendre tout aussi bien pour titre de son observation : Etrangl. interne par torsion de l'extrémité inférieure de l'S iliaque. De la quasi-similitude des lésions il était naturel de conclure à l'analogie des symptômes. Aussi les particularités signalées par Faucon nous paraissent-elles en partie applicables au volvulus de l'S iliaque. Faucon l'a d'ailleurs compris ainsi quand il a formulé son opinion en ces termes : « Le ténesme rectal coïncidant avec la constipation et la vacuité du rectum est un

signe précoce de l'occlusion de l'extrémité supérieure du rectum (voire même peut-être de l'extrémité inférieure de l'S iliaque) quelle qu'en soit du reste la cause ».

Tel est le fait le plus saillant qui se dégage de la communication de Faucon, fait à la vérité extrêmement remarquable et dans lequel serait pour ainsi dire la clef du diagnostic s'il venait à être confirmé par les observations ultérieures.

Indépendamment des cas de volvulus de l'S iliaque qui ont été l'objet d'une étude spéciale dans les monographies, mémoires, thèses ou autres travaux parus jusqu'à ce jour, nous mentionnerons quelques autres faits puisés à des sources variées, sur lesquels nous aurons à revenir pour les comparer entre eux dans les chapitres suivants :

Tels sont le cas de Trousseau, que l'on retrouve mentionné dans tous les traités classiques, les cas de Billroth et de W. Spencer, cités par Peyrot dans sa thèse d'agrégation (1880) sur l'intervention chirurgicale dans les obstructions de l'intestin. Nous citerons encore l'observation recueillie à l'hôpital Saint-André de Bordeaux par M. Prioleau (1882) et une observation à peu près analogue de M. E. Gomot (service de M. Polaillon, *France médicale*, 20 janvier 1883). Enfin, pour terminer notre énumération, nous indiquerons un cas assez récent mais non typique de torsion de l'S iliaque, dans lequel le renversement de l'S iliaque aurait été produit par une bride mésentérique (Obs. du Dr L. Blondeau, *in France méd.*, 23 février 1884).

Il serait trop long d'énumérer la liste des auteurs qui ont contribué à apporter quelque lumière dans la symptomatologie spéciale à chaque variété d'étranglement intestinal : mais il est juste de reconnaître que ceux-ci, bien qu'ils n'aient pas eu en vue spécialement le volvulus de l'S iliaque, n'en ont pas moins fait avancer indirectement le diagnostic du volvulus du gros intestin. Il est hors de doute qu'en s'effor-

çant de déterminer avec plus de précision les caractères à l'aide desquels on pourra affirmer l'existence de telle ou telle forme d'obstruction sur tel ou tel point de l'intestin, ils ont beaucoup contribué à éclairer non seulement le diagnostic général de l'occlusion intestinale, mais encore le diagnostic particulier de chacune de ses variétés. Il est donc permis d'affirmer que le volvulus de l'S iliaque a bénéficié dans une certaine mesure de cette précision dans le diagnostic particulier des diverses formes de l'occlusion de l'intestin, même en l'absence de signes pathognomoniques qui lui soient propres. Aussi nous semble-t-il juste de rapprocher des auteurs précédents quelques noms choisis parmi les plus recommandables, tels que ceux de Larguier des Bancels *(Essai sur le diagnostic et le traitement chir. des étrangl. int.,* Thèse de Paris, 1870), de Teale (Pridgin) *(De l'exploration de la cavité abdominale dans les cas désespérés de l'obstruction intestinale, lorsque le siège est inconnu* (*The Lancet*, 1875, p. 369), de Maunder *(Obstruction intestinale. Valeur de la marche de l'affection pour le diagnostic du siège. The Lancet*, 1877), de Bellon (*Des symptômes de l'étrangl. int. dans leurs rapports avec le siège de la lésion* (Thèse de Paris, 1878), de Bulteau (*De l'occl. intest. Diagnostic et traitement*, Th. de Paris, 1878). Ajoutons que ceux-ci avaient été précédés dans cette voie par Bayon (Thèse 1858. *De l'étrangl. int. au point de vue du diagnostic et du traitement*), Streubel, 1859, (*Contribution au diagnostic et au traitement des étrangl. int. de l'intestin Gaz. helb.* 1859), et Gay (*Path. transact.* vol. X, p. 153), lequel avait fait de la torsion de l'intestin en général une étude intéressante.

A une époque beaucoup plus rapprochée de nous, Joseph Coats, (1880. *Glascow méd. Journ.*, p. 445) a publié une étude sur la torsion de l'intestin comme cause d'obstruction,

et Peyrot (Thèse d'agrég. 1880) nous a donné la description la plus concise et la plus complète à la fois des divers modes d'exploration qui permettent de conduire au diagnostic du siège et de la nature de la lésion dans l'occlusion de l'intestin.

Enfin l'on doit à M. L. H. Petit (*Revue générale sur la gastrotomie*. Revue de Hayem, t. 17, p. 311), quelques expériences cadavériques fort intéressantes au point de vue de l'effet des douches rectales dans le volvulus du gros intestin.

Ici finit l'histoire du volvulus de l'S iliaque, histoire bien longue, nous objectera-t-on, et beaucoup trop surchargée de détails sans doute utiles au sujet mais assurément déplacés. Il nous sera certes difficile d'échapper à un tel reproche; mais si nous avons dépassé les limites ordinaires d'un aperçu historique, si surtout nous avons disproportionné l'étendue de cet aperçu à celle des autres chapitres suivants, que du moins le désir que nous avons eu de bien marquer dans quelle mesure les divers auteurs ont contribué à l'avancement d'une question aussi complexe et aussi obscure, soit un motif suffisant d'indulgence envers nous.

# OBSERVATIONS

## 1° *de volvulus de l'S iliaque du Côlon.* — 2° *de torsion de l'extrémité supérieure du rectum.*

### Observations I et II.

POTAIN. — *Du volvulus de l'S iliaque du côlon,* leçon clinique de M. le professeur Potain, recueillie par le docteur G. Homolle et revue par le professeur (*Gaz. méd. de Paris*, 29 nov. 1879, p. 610.)

OBS. I. Une malade âgée de 38 ans entre à Necker le 10 janvier 1878 et présente l'ensemble des accidents graves qui indiquent d'une façon presque certaine l'occlusion intestinale. Bien portante habituellement, bien réglée et d'une constitution assez forte, cette femme est depuis deux ans sujette à une constipation opiniâtre ; depuis une fausse couche survenue il y a un an, sans accident, les évacuations sont séparées par de plus longs intervalles, et surtout elles sont précédées de coliques beaucoup plus douloureuses et de plus longue durée.

Une seconde fausse couche récente ne s'est pas accompagnée plus que la première d'accidents péritonitiques; il n'y a eu ni fièvre typhoïde ni dyssenterie.

Les dernières garde-robes ont été rendues le 3 janvier, c'est-à-dire sept jours avant l'entrée à l'hôpital ; pendant les trois jours suivants, la santé reste parfaite, mais depuis quatre jours (le 6 janvier) la malade a souffert de douleurs très vives autour et au-dessous de l'ombilic. L'appétit s'est perdu dès ce moment et la soif est devenue très-vive. Rien du reste dans le début de ces accidents n'a présenté la soudaineté des véritables étranglements. La malade a toléré les boissons et, bien que souvent les crises les plus violentes de ses coliques fussent accompagnées de nausées, elle n'a vomi que tout récem-

ment un très petit nombre de fois et en très petite quantité ; la miction n'a pas été supprimée.

Le traitement a consisté en purgations à l'huile de ricin, lavements purgatifs, 12 sangsues à l'hypogastre.

Au moment du premier examen, le facies est pâle, mais peu altéré, la parole est entrecoupée par la douleur qui arrache à la malade des plaintes continuelles. La langue est blanche mais humide. La peau est fraîche, sans refroidissement notable; le pouls fréquent, petit et serré. Le ventre extrêmement sensible est tympanique et tendu ; le ballonnement occupe surtout le voisinage de l'ombilic ; c'est la partie centrale de l'abdomen qui est surtout proéminente, tandis que l'épigastre et les flancs ne font pas une saillie notable, et ces régions qui correspondent au gros intestin sont plutôt affaissées par rapport au reste du ventre.

On prescrit l'usage de la glace à l'intérieur, l'application d'une vessie de glace sur le ventre, une injection hypodermique d'un centigramme de chlorhydrate de morphine, 20 gr. d'huile de ricin, un lavement purgatif au séné et au sulfate de soude.

Les douleurs persistent tout le jour malgré deux nouvelles injections de morphine. Il n'y a pas eu de vomissements ; le lavement n'a pas provoqué d'évacuations stercorales.

Le pouls est toujours accéléré (116 p.), la température est normale.

Le lendemain 11, l'état ne s'est pas modifié, il n'y a eu ni selles ni expulsion de gaz par l'anus. Le ventre est aussi ballonné, les douleurs sont extrêmement vives ; des borborygmes bruyants se font entendre à distance. La malade a uriné trois fois, elle n'a pas vomi; elle rejette dans la journée à trois reprises quelques gorgées de liquide, mais ne vomit pas une médecine noire prise dans la matinée. Elle ne garde pas le lavement purgatif qui lui est administré.

Le soir, le ballonnement et la tension du ventre ont augmenté; la région iliaque droite est plus sensible que le reste de l'abdomen ; le pouls conserve le même caractère (108 p.); la température reste normale (37° 7).

Deux grands lavements de 500 gr. donnés coup sur coup restent sans effet. Le 12, la malade est beaucoup plus affaissée; elle se plaint à peine. Le pouls est très-petit et très-fréquent (120 p.); les extrémités sont refroidies, mais la chaleur normale n'est pas abaissée; la face prend l'aspect hypocratique, la soif est extrême; la malade

n'a pas vomi et elle a uriné. Le météorisme est énorme et général.

M. Marchand, qui supplée M. le professeur Guyon, ne croit pas que l'intervention chirurgicale soit opportune. Nous ordonnons donc un nouveau purgatif (2 gouttes d'huile de croton dans 20 grammes d'huile de ricin) et toute la faradisation de la paroi abdominale pendant 10 minutes.

Les accidents persistent et la mort survient à 4 heures dans le collapsus, avec conservation de l'intelligence.

*Autopsie.* — L'autopsie qui fut faite par M. Du Castel montre que le diagnoctic exact dans sa première partie était en faute au point de vue de la localisation du mal (il s'agissait en effet d'un volvulus de l'S iliaque du côlon), mais elle permit d'apprécier les dispositions particulières qui m'avaient induit en erreur.

Aucune lésion importante n'est constatée en dehors de la cavité abdominale. Lorsque celle-ci est ouverte, on voit le diaphragme refoulé jusqu'au niveau de la 5$^{me}$ côte à droite et à gauche et la masse intestinale refoulée et masquée en quelque sorte par une portion du gros intestin distendue à l'excès, fortement congestionnée, violacée, qui remplit la fosse iliaque gauche, l'épigastre, la fosse iliaque droite, et qui, passant transversalement au devant du pubis, vient enfin plonger dans la fosse iliaque gauche où se trouvent par conséquent les deux bouts de l'anse étranglée. Au ventre se montre le côlon transverse dilaté aussi mais ne présentant pas la teinte violacée de la portion étranglée. Après avoir soulevé le gros intestin, on voit le paquet formé par le jejuno-ileon vide et affaissé en grande partie, refoulé vers le petit bassin.

On enlève sans difficulté l'intestin grêle, le cœcum, le côlon ascendant et une partie du côlon transverse, et l'on reconnaît que l'occlusion siège un peu au-dessus du détroit supérieur, qu'elle porte sur l'S iliaque qui a subi une torsion autour de son insertion mésentérique; il faut faire faire à l'anse étranglée un tour complet et un demi-tour pour rétablir les rapports normaux. La distension et la laxité du mésocôlon iliaque, en laissant une mobilité plus grande à l'anse préalablement allongée, lui ont permis d'exécuter sur elle-même une révolution et demie.

Au-dessus de la constriction, l'intestin est congestionné et renferme une certaine quantité de matières molles. Dans la cavité de l'anse

étranglée sont des boules fécales dures en petit nombre. Le rectum est vide, non congestionné; quelques fausses membranes péritonitiques récentes se voient à la surface de l'S iliaque.

Pour conserver la pièce on n'a pas ouvert l'intestin, mais le palper et l'examen par transparence ont démontré qu'il n'existait ni tumeur ni épaississement ni ulcération.

---

Obs. II. — Un homme de 33 ans était amené vers les 11 heures du matin dans le service de M. le professeur Potain pour des accidents d'étranglement interne. D'une constitution vigoureuse, d'une santé toujours excellente, n'ayant jamais fait aucune maladie grave, ce malade était sujet à une constipation habituelle; celle-ci même, un an auparavant avait été pendant quelque temps très-rebelle, sans que cependant il y ait eu d'accidents véritables d'étranglement. Depuis 8 jours, la constipation était devenue opiniâtre et avait résisté à l'emploi de purgatifs énergiques; il n'y avait pas eu de vomissements; les urines étaient restées abondantes.

Le facies est fatigué mais peu altéré. Le ventre est ballonné, très-distendu, présente la forme d'un cône dont le sommet est un peu au-dessus de la région ombilicale; les flancs sont distendus comme le reste de l'abdomen; sonorite tympanique dans toute l'étendue; pas de point douloureux à la palpation, encore moins de tumeur. Le toucher rectal ne fournit aucun renseignement. Dyspnée légère; pas de fièvre.

En présence de cet étranglement, dont l'origine est manifestement vers la fin du gros intestin, en l'absence d'accidents antérieurs pouvant faire penser à une bride inflammatoire, à un cancer, à un étranglement brusque, le diagnostic de volvulus est porté. Le peu d'altération de l'état général et les phénomènes locaux ne semblent pas rendre l'intervention chirurgicale urgente, et on se décide à recourir à l'emploi des lavements.

A midi, administration d'un premier lavement; la quantité d'eau injectée est de 350 gr. environ; elle est rejetée avec quelques scybales.

A la visite du soir, l'état du malade est resté le même ; on donne un lavement qui est rendu sans aucune matière.

Dans les heures qui suivent, l'état du malade ne présente aucun changement. A 4 heures du matin, en approchant de son lit, l'infirmier le trouve mort, sans que rien n'ait éveillé l'attention de ses voisins.

*Autopsie.* — On ne trouve aucune lésion pour expliquer la rapidité de la mort ; les organes sont sains. Les seules lésions que l'on constate sont celles d'un volvulus siégeant au niveau du détroit supérieur du bassin ; le gros et le petit intestin sont considérablement distendus. L'anse comprise dans l'enroulement occupe la fosse iliaque et l'hypochondre gauche, où elle est placée en avant du côlon transverse. Elle est énormément distendue, modérément congestionnée, renferme des gaz et une quantité considérable de matières alvines demi-liquides.

L'enroulement est constitué par une double bascule de l'intestin de droite à gauche et d'arrière en avant.

Au-dessus de l'étranglement, la muqueuse est très-congestionnée et présente une couleur feuille-morte, indice d'un sphacèle commençant. L'examen histologique montre à ce niveau une infiltration embryonnaire très-prononcée de toutes les couches de la paroi de l'intestin.

### Observations III et IV

Léger. — Deux observations de volvulus de l'S iliaque par M. Léger, interne des hôpitaux (*Bull. de la Soc. anat. de Paris,* 1875).

Obs. III. — La nommée D. (Victoire), âgée de 51 ans, entre le 3 août dans le service de M. Dolbeau, suppléé alors par M. Th. Anger.

Cette femme, toujours bien portante, sans aucun antécédent de famille, raconte que depuis longtemps ses garde-robes sont rares, peu copieuses et difficiles. Les matières, sans être déformées, ont même quelquefois présenté des stries de sang et un vernis rougeâtre, sans apparence actuelle d'hémorrhoïdes. Depuis quelques mois, on remarquait aussi un peu d'amaigrissement.

Cependant le 27 juillet elle éprouva une espèce d'indigestion, vomissements, diarrhée. Puis, à partir de ce jour, elle n'a plus de garde-robes et se sent mal à l'aise. Le dimanche, 1er août, revien-

nent des vomissements accompagnés de coliques vives. Cet état dure jusqu'au lundi, puis les vomissements cessent le lundi et le mercredi, mais le ventre se ballonne d'une manière progressive et aucune selle ne peut être obtenue.

A son entrée à l'hôpital, le facies abdominal est très-marqué. Les cuisses sont fléchies sur le bassin, la respiration est courte et fréquente, le ventre très-distendu mais d'une manière uniforme. Il n'y a ni selle ni gaz rendus par l'anus. Le malade n'éprouve aucun renvoi infect mais a des vomissements verdâtres bilieux. Le pouls faible marque 124, la temp. ax. est de 37°.

Les orifices ne présentent aucune trace de hernie, et on se trouve manifestement en présence d'un étranglement interne. Le toucher rectal fait sentir tout à fait à la partie supérieure un point rénitent, resserré, que le doigt n'atteint qu'à grand'peine et qu'on ne peut bien délimiter à cause de sa hauteur.

Ce fait sensible, joint aux renseignements de la malade, fait établir comme cause une altération organique de l'intestin. Plusieurs pilules d'huile de croton ne provoquent aucune évacuation. L'état général s'aggrave. Les vomissements verdâtres deviennent incessants, ne présentant jamais le caractère fécaloïde, et la mort arrive le 5 août.

*Autopsie.* — L'abdomen ouvert, on trouve une anse intestinale volumineuse occupant toute la cavité abdominale. Cette anse part du détroit supérieur à gauche pour se diriger en haut et à droite jusqu'à la face inférieure du foie qu'elle touche par sa convexité. En la rejetant en avant on voit que tout le reste de la masse intestinale est situé derrière elle et que cette anse est formée par l'S iliaque très-distendue. En recherchant la cause de l'obstruction présidant à cette distension on constate que c'est un volvulus de l'S iliaque qui s'est produit de la manière suivante :

La première portion ou ascendante s'est portée en dedans en décrivant au devant de la deuxième portion ou descendante un demi-arc de cercle et applique ainsi le point où le côlon transverse se continue avec elle sur l'origine du rectum. Ce premier demi-tour une fois accompli, la portion descendante ou terminale de l'S iliaque qui est à gauche à cause du premier mouvement opéré se porte en avant et en dedans, décrivant à son tour, un demi-arc de cercle. Dans ce changement de rapports, le mésocôlon iliaque subit sur lui-même une

torsion de gauche à droite et un peu de bas en haut. En résumé, l'S iliaque s'est tordue sur elle-même en décrivant un tour complet, et l'obstruction s'est produite par le passage de la première portion au devant, puis en arrière de l'autre. Comme autre lésion résultant de cette obstruction on trouve un épanchement purulent peu abondant avec quelques fausses membranes dans le cul-de-sac postérieur et on voit à la partie postérieure de la fin de l'S iliaque, à deux travers de doigt au-dessus du point comprimé, une petite fissure longitudinale formée par rupture de la muqueuse intestinale à travers la tunique musculaire dissociée. Mais cet orifice, si petit du reste que l'anse intestinale avait conservé sa distension, s'est peut-être seulement complété pendant l'autopsie.

Cette observation est intéressante par la sensation que le toucher rectal avait donnée d'une tumeur qui n'était peut-être autre que le point comprimé lui-même. De plus, la fissure toute récente, qui n'était peut-être même pas complète pendant la vie, peut servir à rechercher vers quelle époque cède l'anse intestinale distendue.

On peut voir aussi que le ventre était distendu d'une manière uniforme sans ce relief en fer à cheval occupant les flancs et l'épigastre signalé quand l'obstruction siège sur le gros intestin à sa partie inférieure. Ceci s'explique en pensant que la distension tenait ici non pas au gros intestin mais à l'anse formée par l'S iliaque tordue sur elle-même et portée vers l'hypocondre droit.

---

Obs. IV. — Dech..., âgé de 51 ans, terrassier, est entré le 21 octobre dans le service de M. Axenfeld remplacé par M. Audhoui. On obtient peu de renseignements sur son état à cause de son langage peu intelligible. On parvient à savoir qu'il est habituellement constipé, qu'il a commencé à souffrir le 15 octobre, mais qu'il a encore pu travailler le 16 et ne s'est couché que le 17. Depuis il n'a eu aucune selle. Cependant, le mardi 19, il a encore rendu par l'anus une petite quantité de matières.

A son entrée, le 21 octobre, on constate un fort ballonnement du ventre, plus saillant dans sa moitié droite. Il y a de temps en temps des contractions qui dessinent plus nettement les anses intestinales et produisent des borborygmes. Le ventre est souple, peu sensible à la

pression. Pouls et température normaux; pas de vomissements, hoquet, aucune tumeur au niveau des anneaux.

Lavement simple rendu immédiatement sans produire aucun effet.

Le 22 octobre. — Même état. Eau-de-vie allemande; lavements purgatifs. La purgation est bien gardée. Les lavements n'amènent qu'une quantité de matières insignifiante. Le 23, le ventre est toujours peu sensible, souple. On ordonne un centigramme d'extrait d'opium toutes les heures et de la glace sur le ventre et deux douches ascendantes. A 4 heures, hoquet, nausées. On sonde le malade qui n'a pas uriné et on cesse la glace à cause du refroidissement général qu'elle produit; la quantité d'urine obtenue est normale.

24 octobre. — Devant la persistance de l'occlusion, M. Dolbeau pratique l'entérotomie. Incision des parois abdominales à droite, parallèlement à l'arcade de Fallope, dans son tiers externe, à un centimètre environ au-dessus d'elle. Issue de liquide péritonéal citrin. Présentation d'une anse très-distendue, qui est fixée à l'angle interne. Le point de suture casse et on recherche l'anse qui est fixée sans encombre sur tout le pourtour de l'orifice abdominal. Après l'incision de l'intestin, il sort des matières stercorales verdâtres, mollasses, en assez grande quantité, mais relativement très-peu de gaz. Cataplasmes sur le ventre, continuation des pilules d'opium; vin et bouillon.

Le soir T. ax. 38°7. Le malade n'a pas vomi, le ventre est bien diminué, mais douloureux. Les matières s'écoulent bien par l'anus artificiel.

Le 25 octobre, T. ax. 48°. Pouls 144, petit; face grippée; extrémités froides. Le malade n'a vomi pour la première fois que le matin.

Mort à 8 heures.

*Autopsie.* — Vascularisation du péritoine, léger épanchement séro-purulent. Une anse intestinale volumineuse allant de gauche à droite remplit tout l'abdomen. A gauche de cette anse, sont quelques circonvolutions d'intestin grêle tombant dans le petit bassin et paraissant comprimer l'anse distendue au niveau de son pédicule, de sorte qu'à première vue on pense à une luxation de l'intestin grêle dans le petit bassin étranglant une portion du gros intestin; mais on relève facilement cette partie d'intestin grêle et on voit que ce n'est pas la

cause de l'étranglement et qu'on est en présence d'une lésion identique à celle de l'autopsie précédente, c'est-à-dire d'un étranglement au niveau de l'origine du rectum par un tour complet de l'S iliaque sur elle-même accompli de gauche à droite. Il n'y a aucun épanchement de matières stercorales dans le ventre. L'ouverture et la suture de l'intestin ont porté sur le cœcum. Mais sur l'anse distendue, au niveau de la partie antérieure et moyenne de sa portion droite, on voit deux piqûres peu distantes l'une de l'autre. C'est le vestige du premier point de suture dont le fil a cassé. On avait donc d'abord piqué l'anse distendue de l'S iliaque elle-même ; puis, le point ayant cédé, elle s'est échappée et on a fixé une autre portion d'intestin qui était le cœcum. La piqûre de l'anse distendue avait probablement été obturée de suite par un épanchement de lymphe plastique, car elle n'avait nullement amené l'affaissement de cette partie d'intestin.

### Observations V et VI.

MELCHIORI.— Mémoire de Melchiori intitulé: *Dell' volvolo dell' S iliaca*, extrait des *Annali universali di medicina*, Milan, 1859.

OBS. V. — Un paysan, âgé de 45 ans, d'une taille moyenne, bien constitué, était sujet depuis six mois à des coliques accompagnées de ballonnement du ventre et de constipation. Cet accident cédait à l'emploi de l'huile d'olive à l'intérieur et à des fomentations émollientes; une expulsion de gaz et de selles fétides mettait fin à cet état.

La persistance de ces souffrances rendait le malade irritable et morose ; il attribuait ces indispositions aux aliments dont il faisait usage, aliments composés en grande partie de bouillie de maïs, de pommes de terre, etc.

Le 15 avril 1856, après avoir fait un repas copieux et bu une grande quantité d'eau, il fut pris de coliques. Il resta jusqu'au 17 au matin, c'est-à-dire deux jours pleins, sans recevoir aucun secours médical, employant seulement les moyens dont il faisait usage d'ordinaire. Malgré l'emploi de ces moyens, les coliques persistèrent et son ventre se ballonna de plus en plus; c'est alors qu'il fit venir un médecin. On le saigna; on lui fit prendre de l'huile de ricin, qui fut rejetée bientôt par les vomissements qu'elle provoqua.

Le mal fit des progrès et le patient mourut le 18, c'est-à-dire soixante-huit heures après le commencement de la maladie. Dans l'intervalle qui a précédé la mort, il n'y avait pas eu de selles, point de vomissements, à peine quelques hoquets. Le malade a été en proie à des souffrances très-vives, à une agitation très grande produite par la distension considérable de l'abdomen.

*Autopsie 24 heures après la mort.* — Le ventre est énormément distendu par des gaz; l'épigastre fait relief au-dessus des fausses côtes. Les parois de l'abdomen incisées mettent à découvert une anse intestinale d'une couleur noirâtre excessivement dilatée partant de la région iliaque gauche, allant gagner la région du diaphragme ; sa longueur mesure $0^m95$ et sa circonférence $0^m40$. Cette anse intestinale ainsi dilatée refoule et comprime les autres viscères ; son sommet se loge au-dessous des fausses côtes. On constate qu'elle est formée par l'S iliaque du côlon. Le côlon descendant dilaté se réunit à l'S iliaque au niveau de la symphyse sacro-iliaque. On constate de plus que l'S iliaque a fait un tour complet de rotation sur lui-même, ce qui a produit l'étranglement.

En faisant exécuter à l'anse intestinale un mouvement en sens inverse on défaisait complètement cette torsion. Le reste du gros intestin était dilaté, sans égaler néanmoins le volume de l'S iliaque. Les parois de l'intestin étranglé sont rouges, épaissies, congestionnées, et les matières qu'il renferme sont amassées dans le point qui correspond à la torsion.

L'estomac est comprimé ; le diaphragme est refoulé dans la poitrine, les poumons sont fortement congestionnés.

---

Obs. VI. — Un paysan, âgé de 39 ans, bien constitué, souffrait depuis cinq ans de coliques accompagnées de ballonnement du ventre; cet état disparaissait après qu'il rendait des gaz par l'anus.

Le 19 octobre, après un repas copieux de viande de porc, il fut pris de coliques très-violentes accompagnées de distension du ventre.

Le lendemain il prit de l'huile d'olive et fit pratiquer des fomentations émollientes sur le ventre, tout cela sans aucun résultat.

On le saigna le 20.

Le lendemain 21, il fit appeler un médecin. Celui-ci, trouvant le

ventre très-distendu et voyant que le malade avait des envies fréquentes d'uriner, crut qu'il avait affaire à une rétention d'urine, le sonda sans retirer beaucoup de liquide et l'envoya alors à l'hôpital comme atteint de cystite.

Le malheureux malade, après avoir souffert beaucoup dans le trajet, arrive dans un état alarmant, le ventre très-distendu, pouvant à peine respirer.

La surface de l'abdomen présentait dans certains points un relief plus marqué de la région iliaque gauche vers l'ombilic et la région épigastrique.

La tension des parois du ventre était plus forte à la région iliaque gauche. Depuis deux jours il n'y avait pas eu de selles, point de vomissements; il avait rendu l'huile d'olive au moment où il l'avait prise; il avait eu quelques hoquets et surtout une agitation très-vive et un étouffement très-marqué. Il succomba soixante-quatre heures après l'apparition du mal.

*Autopsie 24 heures après la mort.* — Le côlon très-distendu mesure $0^m34$ de tour. Il se trouve logé sous les fausses côtes.

En repoussant le diaphragme vers la poitrine, l'S iliaque décrit un cercle mesurant $0^m76$, et l'intestin mesure $0^m33$ de circonférence. Ce cercle intestinal s'étend de la région hypogastrique à la région ombilicale et comprime tous les autres viscères. L'anse intestinale est roulée, contournée sur elle-même comme dans le fait précédent et on défait cette torsion en lui faisant exécuter un mouvement en sens inverse.

### Observation VII.

W. Spencer.—Etranglement intestinal par torsion de l'S iliaque; mort. (W. Spencer, *med. Times and Gazette*, 1879, t. II, p. 31).

W.... S...., âgé de 65 ans, horloger, admis au Great Northern Hospital, à neuf heures du soir, le 16 janvier 1879. Les seuls renseignements qu'on peut obtenir sur sa maladie sont les suivants : sujet à de la constipation opiniâtre, il était dans l'obligation de se droguer afin d'arriver à faire agir les intestins. Il y a une semaine environ (15 janvier), il fut pris subitement de douleurs localisées surtout à la région ombilicale. Les douleurs qui ne l'ont jamais abandonné sont

parfois très-fortes. Vomissements très-fréquents depuis. Il n'a pas été à la garde-robe depuis huit ou neuf jours.

Etat du malade au jour de l'admission : abattement général, pouls très-faible et irrégulier (112). Double hernie, scrotale à gauche, inguinale à droite. La hernie gauche daterait de douze ans ; celle de droite aurait vingt ans d'existence ; aucune n'a été réduite depuis deux ou trois ans.

Une tuméfaction de la dimension d'une grosse orange assez bien limitée, mate à la percussion, traverse obliquement la région lombaire droite et les régions iliaques. Elle est très-sensible à la pression.

Un lavement d'huile d'olive fut donné, mais toujeurs rejeté aussitôt que 8 ou 10 onces avaient été injectées. On provoque ainsi le rejet de quelques petites scybales.

Une incision exploratrice fut faite dans le sac de la hernie inguinale gauche. L'ouverture fut ensuite prolongée en haut, à travers l'anneau inguinal interne. Le doigt fut ensuite passé profondément dans la cavité abdominale. Pendant ce temps, l'intestin grêle fut tiré au dehors, et bientôt près de 3 mètres d'intestin reposèrent au dehors de l'abdomen. L'état du malade était si inquiétant que je me vis obligé de discontinuer mes efforts. Ayant avec difficulté rentré dans l'abdomen les intestins sortis je suturai la plaie. Le malade mourut le lendemain.

*Autopsie.* — La tumeur qui pendant la vie avait été sentie au flanc droit et dans la région hypogastrique était constituée par l'S iliaque tordue sur elle-même et ainsi étranglée. Par suite du voisinage de la hernie scrotale on crut au plissement du péritoine, qui étendu du pubis au sac herniaire aurait contribué à l'étranglement.

## Observation VIII

Polaillon. — Occlusion intestinale par volvulus de l'S iliaque; laparatomie dans la région inguinale gauche ; impossibilité de détruire le volvulus; établissement d'un anus artificiel; mort brusque le quatorzième jour.

Observation recueillie par M. E. Gomot interne des hôpitaux. — Communication à la Société clinique *(France médicale*, samedi 20 janvier 1883).

Théodore (P.), âgé de 60 ans, admis dans la nuit du 31 août 1882, salle Broca, lit nº 13, service de M. Polaillon, nous donne le lendemain, vendredi 1er septembre, les renseignements suivants.

Il se promenait mardi 29 août, dans le chantier dont il est gardien, lorsqu'il éprouva une douleur assez vive dans le côté gauche de l'abdomen; depuis ce moment il n'a rendu ni gaz ni matières par l'anus.

Sa santé est bonne, ses selles assez régulières, sauf au début de la semaine actuelle : il affirme enfin qu'il n'a commis aucun excès ni mardi ni les jours précédents et qu'il n'a jamais éprouvé d'accident analogue à celui pour lequel il entre à l'hôpital.

L'abdomen est le siège d'un ballonnement considérable et régulier, sonore à la percussion, non douloureux à la pression, excepté cependant au niveau de la fosse iliaque gauche où l'on provoque de la submatité et de la douleur. L'examen des régions herniaires et le toucher rectal fournissent des renseignements négatifs. Le facies est bon, la langue légèrement blanche, l'appétit à peu près nul et la soif grande. L'urine est assez abondante, chargée de sels, mais elle ne renferme ni albumine ni sucre.

Le malade se plaint de quelques nausées non suivies de vomissements, mais surtout de besoins incessants d'aller à la selle qui s'opposent au sommeil et ne s'accompagnent d'aucune évacuation de matières ni de gaz.

Le pouls est bon. T. 37,4.

Un lavement purgatif administré cette nuit a été rendu immédiatement avec quelques matières fécales.

Lavement purgatif, électrisation de l'abdomen, bouillons froids, cataplasmes glacés, potion de Tood.

1er septembre soir, le malade se plaint de vives coliques, de nausées et de besoins continuels d'aller à la garde-robe. On ne perçoit ni par la vue ni par le palper aucun mouvement de l'intestin. Aucune évacuation de matières ni de gaz malgré le lavement purgatif, qui a été du reste rejeté immédiatement, et l'électrisation de l'abdomen à onze heures du soir.

Le 2, les yeux légèrement cerclés de noir sont un peu enfoncés dans l'orbite; la langue est blanche et humide, la soif vive.

Tous les symptômes notés la veille persistent; nous y joindrons un peu de gêne de la respiration par suite de l'intensité du ballonnement. Le malade prétend qu'il a porté autrefois un bandage herniaire, sur l'avis d'un médecin, mais il n'a aucun souvenir de l'existence d'une tumeur dans les régions suspectes; un nouvel examen des anneaux lève toute espèce de doute. T. 37°3.

M. Polaillon diagnostique une occlusion intestinale siégeant sur le gros intestin, due probablement à un volvulus de l'S iliaque. Mais comme les antécédents apprennent que le malade a porté un bandage inguinal gauche probablement pour une hernie interstitielle, et comme il pourrait exister un étranglement au niveau de la face profonde de la paroi abdominale, M. Polaillon choisit cette région plutôt que la ligne médiane pour faire la laparotomie.

Il pratique l'incision à un travers de doigt au-dessus de l'arcade comme pour l'anus artificiel, et la prolonge en dehors dans l'étendue crurale de 8 à 10 centimètres. Sa main, introduite par cette ouverture, lui permet de reconnaître l'absence d'étranglement herniaire. En explorant plus profondément, il sent au niveau de l'S iliaque un gros cordon au-dessous duquel passe une anse intestinale énormément distendue. Ce cordon est formé par l'intestin lui-même, ce qui enlève toute idée d'en faire la section. M. Polaillon fait sentir ce cordon à plusieurs des assistants.

Ne pouvant le couper, il cherche à l'attirer en avant pour diminuer la pression qu'il exerce sur l'intestin étranglé; il cherche aussi à réduire cet intestin, c'est-à-dire à le faire passer sous l'agent constricteur, mais ses efforts sont infructueux. Aussi, pour mettre le malade dans des conditions de survie, M. Polaillon fixe une anse d'intestin grêle aux lèvres de la plaie, rétrécit l'étendue de celle-ci par une suture et établit un anus artificiel qui donne immédiatement issue à une grande quantité de gaz et de matières fécales.

L'opération et le pansement sont faits avec toutes les précautions antiseptiques.

Le 2 septembre soir, T. 37°. Les matières qui s'écoulent par l'anus artificiel sont liquides et possèdent la couleur et l'odeur des matières fécales. Légère amélioration.

Le 3, T. 37°. Le ballonnement est aussi intense qu'avant l'opération.

Le 3, soir, T. 37°,2. Ecoulement par l'anus d'une faible quantité de mucosités sanguinolentes.

Le 4, T. 37°,4. Une petite quantité de mucosités sanguinolentes s'est encore écoulée cette nuit par le rectum, sans gaz ni matières.

Les symptômes notés avant l'opération persistent sans être accompagnés de vomissements. Erythème assez intense du scrotum et de la paroi abdominale au-dessous de l'anus artificiel par lequel les matières sortent facilement.

Le soir, pansemeut à l'huile phéniquée. T. 37°,4.

Le 5, T. 37°. Pouls, 100. Une légère pression détermine à droite dans l'hypocondre une douleur plus intense que celle qui existe dans la fosse iliaque gauche depuis le début des accidents. Congestion pulmonaire aux deux bases. Ventouses sèches.

Le 5 soir, T. 37°,8. La face s'amaigrit, les yeux s'excavent ; la langue est toujours blanche et humide.

Le 6, T. M. 37°,4 ; T. S. 37°,9. Un lavement purgatif donné le matin a été rendu aussitôt tel qu'il avait été donné.

Le 7, T. M. 37°,6 ; T. S. 38°. Pouls fréquent et petit.

Les besoins d'aller à la selle laissent peu de repos au malade et ne sont suivis d'aucun résultat. La langue est un peu sèche, le ventre est douloureux à la pression mais seulement dans les deux points précédemment indiqués.

Un peu de hoquet pendant la nuit.

Le 8, T. 38°,1. La respiration est gênée par la congestion pulmonaire et le ballonnement.

Le 9, T. M. 38°,3 ; T. S. 38°. L'état général s'aggrave de plus en plus.

Le 10, T. M. 38°,4; T. S. 38°,8. Le malade se trouve un peu mieux, mais il se plaint de la douleur siégeant dans l'hypocondre droit.

Point de vomissements.

Le 11, T. M. 37° ; T. S. 36°. L'amaigrissement s'accentue et la voix est faible et cassée. Les coliques sont moins vives. Le malade, dont les extrémités sont refroidies et le corps couvert de sueurs froides, se plaint de la chaleur et se découvre.

Le 12, T. 35° à dix heures du matin.

Le malade meurt à midi au moment où l'infirmier, sur sa demande, le soulevait pour l'asseoir dans son lit.

*Autopsie*. — Le 13 septembre 1882, à deux heures. — Une assez grande quantité de gaz s'échappe à l'ouverture de l'abdomen.

L'intestin forme une masse saillante divisée en deux portions par un sillon vertical situé un peu à droite de la ligne médiane. La partie gauche de cette masse est constituée par l'intestin grêle coiffé du grand épiploon qui adhère légèrement à la paroi abdominale par son bord gauche et aussi à la partie inférieure où il forme une sorte de pont sous lequel passe la portion de l'intestin grêle qui contribue à former l'anus artificiel.

Son bord droit est fixé au sillon médian dont nous avons parlé.

Si on relève alors l'intestin grêle, on reconnaît que la masse droite est formée par l'S iliaque énormément distendue.

Elle occupe la région iliaque droite en avant et un peu à gauche du cœcum, remonte verticalement jusqu'à la face inférieure du foie à laquelle elle adhère faiblement ; placée ainsi immédiatement en arrière de la paroi abdominale antérieure, elle est reliée par de faibles adhérences plus résistantes en deux points séparés verticalement par deux travers de doigt et dont le plus élevé est situé près du bord antérieur du foie. En ce dernier point existe une fissure verticale par laquelle s'échappent des matières fécales et des gaz.

Toute cette portion de l'intestin est violacée, épaissie, ainsi que le mésocôlon qui la relie à la fosse iliaque gauche. Ce dernier est légèrement tendu.

Pour occuper cette situation, l'S iliaque a subi un mouvement complet de torsion de gauche à droite et d'avant en arrière, comme il est facile de s'en rendre compte en examinant le pédicule.

Le trajet de cette anse intestinale est le suivant, en allant du côlon descendant vers le rectum. L'intestin se porte d'abord de gauche à droite vers le cœcum en décrivant une courbe à concavité supérieure, se porte ensuite verticalement au foie, se recourbe en s'acco-

lant à sa première portion verticale et en se plaçant à sa droite, puis, après avoir présenté une dilatation comparable à celle du cœcum, se porte derrière la partie qui fait suite au côlon descendant, passe au-dessus et en avant d'elle pour se continuer avec le rectum. Leur enroulement est comparable à deux C qui s'accoleraient par leur concavité. A ce niveau l'intestin est aplati, revenu sur lui-même, adhérent. Le rectum est aplati ; le côlon et l'intestin grêle offrent leur aspect normal, mais sont fortement distendus par des gaz.

Le péritoine était faiblement injecté et offrait quelques fassues membranes de formation récente.

Nous n'avons constaté aucune trace de rétrécissement sur le rectum ni sur la partie de l'intestin comprise dans le volvulus ; au niveau même du pédicule l'intestin était revenu sur lui-même, aplati, mais sans trace d'altération antérieure à la lésion qui a causé la mort du malade.

Des matières fécales semi-molles existaient en assez grande quantité dans le côlon et aussi dans l'S iliaque. Sur cette dernière la muqueuse était ramollie et ulcérée superficiellement, surtout sur la partie postérieure qui faisait suite au côlon descendant.

L'anus artificiel avait été pratiqué sur l'intestin grêle à $0^{m}078$ de la valvule iléo-cœcale. Enfin l'examen des régions herniaires a démontré l'absence complète de hernie.

L'examen des divers viscères, sauf les poumons atteints de congestion, ne présentait rien de particulier.

Le petit nombre de faits semblables à celui que nous venons de relater nous a engagé à publier cette observation intéressante, selon nous, à divers titres.

Nous signalerons tout d'abord le début brusque des accidents qu paraît ici bien établi, puis le ballonnement uniforme de l'abdomen que nous avons retrouvé dans plusieurs observations analogues (celles de Léger entre autres), publiées dans les bulletins de la Société anatomique, 1875, et suivies d'un rapport où M. Rendu relève l'absence du signe de Laugier.

Les vomissements fécaloïdes sont fait défaut et l'urine a été excrétée en quantité normale, ainsi que cela se passe ordinairement lorsque l'étranglement siège sur le gros intestin.

Notons encore le ténesme rectal et la coïncidence probable de la mort du malade avec la production de la fissure que nous avons retrouvée à l'autopsie.

La durée de la maladie, qui a été de quinze jours, est également digne d'intérêt, car elle a permis aux lésions de l'anse en état de volvulus d'évoluer normalement, si je puis ainsi dire, jusqu'au ramollissement et à la rupture spontanée des tuniques intestinales. L'opération pratiquée par M. Polaillon était le seul moyen dont on pût disposer pour prolonger la vie du malade.

Quant au mécanisme du volvulus, nous pencherons volontiers vers l'opinion de la plupart des auteurs qui admettent la nécessité de la constipation et d'un allongement du mésocôlon iliaque. Cette dernière condition rend le volvulus possible, mais elle n'explique point comment cet accident se produit.

### Observation IX.

Bayon. — Thèse de Paris, 1858. — De l'étranglement interne au point de vue du diagnostic et du traitement.
*Obs. II.* — Hôpital Lariboisière, salle St-Henri, nº 33, service de M. Pidoux, 1856.

Le jeudi 8 mai 1856 est entré dans le service de M. Pidoux, salle St-Henri, nº 33, le nommé Louis (M.). âgé de 56 ans, né à Douvenin (Savoie), exerçant la profession de porteur de balles.

Cet homme grand, fort, robuste, a toujours joui d'une excellente santé, il n'a jamais été atteint de coliques, et n'était sujet à aucun trouble des fonctions digestives et a toujours été cependant légèrement constipé.

Le lundi 5 mai, au milieu de la plus parfaite santé, il fut subitement pris en soulevant une charge très-lourde d'une douleur très-vive dans la fosse iliaque gauche; incapable de continuer son travail, il rentra chez lui. Les douleurs augmentèrent malgré le repos et l'emploi des émollients ; le jeudi 8 mai le malade se décida à entrer à l'hôpital.

*Etat actuel.* — Le 8 mai. — Décubitus dorsal, face grippée, traits altérés, yeux caves, peau froide; pouls petit, misérable, battant une fois par minute.

Le ventre est tendu, ballonné, uniformément développé, sonore dans les régions ombilicale, hypogastrique, épigastrique, dans la région iliaque gauche et dans le flanc du même côté. La sensibilité est très-vive surtout dans cette dernière région. L'intelligence est

nette. Pas de vomissements ; soif vive, bouche sèche ; langue rouge à la pointe et sur les bords, jaune brunâtre à la base.

Constipation ; pas d'évacuations depuis dimanche : anus rétréci et enfoncé. On prescrit un lavement purgatif ; 50 centig. de calomel en deux paquets ; frictions mercurielles et cataplasmes sur le ventre.

Le vendredi 9. — Le lavement n'a pas pénétré dans le rectum ; pas d'évacuations, pas de vomissements, hoquet ; même état ; — même prescription.

Le samedi 10, même état ; pouls à peine perceptible ; faiblesse extrême, voix éteinte.

Mort à quatre heures et demie de l'après-midi.

*Autopsie* le 12. A l'ouverture de l'abdomen, le gros intestin énormément tuméfié semble occuper à lui seul toute la cavité abdominale ; l'intestin grêle est sain ainsi que l'estomac.

Accumulation de matières fécales dans le côlon descendant ; la dernière anse de l'S iliaque est tordue sur elle-même et sur son pédicule formé par le mésentère iliaque, de façon à représenter la moitié d'un huit de chiffre. Les parois de cette anse extrêmement distendues sont d'un brun verdâtre et recouvertes d'exsudations plastiques ; à l'intérieur on ne trouve que des gaz fétides. Au niveau de la torsion, le calibre de l'intestin est complètement effacé et la muqueuse ramollie soit au point de jonction de l'anse avec le côlon descendant soit au point d'origine du rectum au niveau de la symphyse sacro-iliaque. Le rectum est vide, élevé vers le détroit supérieur, les parois en sont revenues sur elles-mêmes.

### Observation X

Cas d'obstruction intestinale par volvulus siégeant à l'union de l'S iliaque et du rectum ; mort. (Présentation faite le 14 novembre 1882 par M. Prioleau, interne de l'hôpital Saint-André à la Société d'anatomie de Bordeaux.

Le nommé Jean Jarrigue, journalier, âgé de 58 ans, entre à la salle 12, lit 21, le 2 juillet 1882. Pas d'antécédents personnels ni héréditaires ; pas de syphilis ; pas de dysenterie ni de péritonite ; état de santé excellent jusqu'à aujourd'hui, malgré la misère qu'a eu à supporter le malade, qui vient en ce moment réclamer des soins con-

tre une constipation durant depuis treize jours. Avant ce laps de temps, selles normales tous les jours et quelquefois même deux fois par jour. Pas de vents par l'anus, pas de selles, sauf il y a deux jours une selle peu copieuse. Le malade ne sait dire si les matières fécales étaient moulées. Pas de vomissements ni alimentaires ni autres, irritations fréquentes : appétit presque nul et rapidement satisfait par une légère quantité de bouillon ou de lait, seuls aliments que le malade puisse prendre.

A l'entrée du malade à l'hôpital, on trouve le ventre considérablement météorisé, une sonorité exagérée dans tout l'abdomen et surtout dans la région ombilicale, de la gêne respiratoire allant jusqu'à l'orthopnée, un facies amaigri mais non grippé.

Le jour de l'entrée (2 juillet), première ponction aspiratrice pour soulager le malade, ce qui laisse échapper une grande quantité de gaz et permet une respiration plus facile. Ventre beaucoup plus souple, et la palpation abdominale alors pratiquée donne une douleur peu intense dans la fosse iliaque gauche à 4 centimètres de la partie médiane de l'arcade crurale. L'exploration rectale ne donne aucun renseignement. Etant donné l'âge du malade, sa misère physiologique, et surtout le peu d'intensité des symptômes, on pense à une simple obstruction intestinale par matières fécales accumulées et durcies (scybales). Administration de purgatifs et de lavements purgatifs les plus énergiques sans résultat. Devant le météorisme persistant, on pense que la paralysie intestinale joue un rôle dans l'absence de défécation et l'on emploie la strychnine à l'intérieur et l'électrisation sur la paroi abdominale sans en retirer aucun bénéfice. Alors est pratiqué le *cathétérisme rectal :* cette manœuvre est difficile et parfois impossible ; la sonde pénètre à 20 centimètres environ, mais là elle est souvent arrêtée et se coude. Cependant parfois elle peut pénétrer plus profondément et alors s'échappe une grande quantité de gaz et seulement quelques matières fécales liquides, ce qui soulage le malade. Ce cathétérisme est répété tous les jours et quelquefois deux fois par jour. Le 9 et le 10 juillet ayant pu parfaitement passer la sonde, la faisant aller et venir pour obtenir l'expulsion d'une plus grande quantité de matières fécales et de gaz, et ayant mis par hasard la main au niveau de l'ombilic, nous avons senti un choc qui ne pouvait être produit que par la sonde, car il correspondait parfaitement avec l'introduction de la sonde et disparaissait quand la sonde était laissée sans mouvements.

Le lendemain 11 juillet, même symptôme constaté toujours dans la région ombilicale. Evacuation d'une grande quantité de gaz par la sonde qui, d'elle-même, est rendue sans les efforts de défécation. Le malade alors se lève, peut aller aux cabinets et là terminer une défécation abondante depuis si longtemps désirée et enfin obtenue. Après une telle débâcle, soulagement marqué; le lendemain 12 juillet, deux petites selles dans la journée; peu de douleur et pas de ballonnement sensible.

Le 13, le malade peut manger un peu, chose qu'il n'avait pas faite depuis 10 jours; son alimentation se réduisait depuis lors à du bouillon et du lait. Selle assez abondante; sortie le 14 juillet malgré le chef de service.

Sans avoir fait d'excès mais ayant mangé des légumes, le 16 juillet, le malade revient présentant les mêmes symptômes que la première fois. Pas de selle, pas de gaz; ballonnement déjà considérable, pas de vomissements. On essaie sans résultat de passer la sonde rectale. Ponction abdominale deux fois par jour, et sans obtenir aucun résultat. Le malade reste encore 6 jours en médecine, mais devant l'aggravation des symptômes, l'apparition de vomissements légèrement fécaloïdes et l'opinion émise d'obstruction intestinale par bride ou par volvulus, le malade est envoyé en chirurgie. Devant l'impuissance des moyens médicaux une intervention chirurgicale seule était rationnelle, mais malheureusement on n'a point le temps de la pratiquer. Le malade meurt le lendemain de son arrivée en chirurgie, 22 juillet, avec vomissements, face grippée, grande gêne respiratoire.

*Autopsie.* — Les détails de l'autopsie nous ont été fournis par M. Doche, interne de service de chirurgie où le malade est mort. Rien à signaler ailleurs que dans la cavité abdominale. Légère péritonite au pourtour d'une piqûre faite vers la partie médiane du côlon transverse. Cette partie du côlon et le côlon ascendant sont en place, mais l'estomac est un peu soulevé. Quant au côlon descendant, il a en partie perdu sa direction normale; son tiers supérieur est normal à peu de chose près; il se dirige cependant un peu en dedans vers l'ombilic au lieu de descendre verticalement. Quant à ses deux tiers inférieurs et surtout l'S à iliaque, les rapports et le volume en sont absolument changés. Faisant suite à la direction du premier tiers, les deux autres tiers du côlon viennent se placer sur la ligne médiane au niveau de l'ombilic, et l'S iliaque faisant sur la ligne médiane

une courbe tangente au sommet de la vessie vient se continuer avec le rectum au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche par une petite longueur d'environ 3 centimètres, partie rétrécie à ne pouvoir pas passer la pointe d'un crayon. Cette partie rétrécie montre parfaitement sur sa face interne les traces d'une torsion produite à ce niveau, traces que l'on retrouve encore à la face externe, mais beaucoup moins distinctement, à cause de l'union de différents plis entre eux par un plasma ayant amené des adhérences. La dilatation de l'S iliaque et d'une partie du côlon est considérable, 15 centimètres environ, avec épaisseur de la paroi de 1 centimètre, épaisseur déterminée par une infiltration séreuse et sanguine. Dans la poche formée par la dilatation exagérée de ces parties de l'intestin on trouve une grande quantité de gaz et de matières fécales absolument liquides, sans scybales ni matières alimentaires non digérées et ayant pu faire persister ou même causer l'obstruction.

*Réflexions.* — Un côté intéressant de cette observation est la constatation d'un choc peri-ombilical produit par le bout d'une sonde introduite dans le rectum et l'S iliaque. A l'état normal nous savons l'S iliaque couchée dans la fosse iliaque gauche et maintenue là par un mésocôlon généralement assez court, mais pouvant chez certains sujets avoir des dimensions telles que l'S iliaque peut se déplacer vers l'ombilic et même vers le cœcum. L'S iliaque en place, une sonde arrivant jusqu'à elle se fait sentir forcément dans la fosse iliaque gauche, mais qu'à la faveur d'un mésocôlon lâche, cause déterminante, cette S iliaque évolue un demi-tour vers l'ombilic, en ayant le rectum comme centre de rotation, partie relativement fixe, surtout dans les mouvements de latéralité, on comprend ce qui va arriver. Parfois la sonde sera arrêtée au niveau de la torsion, point rétréci par les plicatures produites par cette rotation, et quand on aura le bonheur de faire franchir le détroit à cette sonde, elle produira au niveau de la nouvelle position de l'S iliaque un choc qui normalement serait senti dans la fosse iliaque gauche. Si au lieu de partir de la lésion anatomique pour arriver au symptôme, comme nous l'avons fait *post mortem*, nous partons du symptôme pour arriver à la lésion anatomique, comme en étant averti nous aurions pu le faire *ante mortem*, notre raisonnement semble encore juste et nous mène directement à une probabilité qui ne saurait être atteinte avec la plupart des autres symptômes d'obstruction communs à toutes les

autres variétés. De la plus grande certitude dans le diagnostic découle une conséquence thérapeutique. Tous les traitements médicaux ayant échoué dans un cas semblable au nôtre, ne serait-on pas autorisé, avant de pratiquer une opération sanglante, à introduire la main dans le rectum et à chercher à franchir le volvulus d'abord avec un doigt, puis avec deux, puis avec trois, quatre, et enfin toute la main, à faire ainsi disparaître les plicatures et par cela même à ramener l'S iliaque à sa place et à faire disparaître la cause d'obstruction ? Nous savons en effet que Simon d'Heidelberg a pu introduire, sous le chloroforme, toute la main dans le rectum, et que M. Pozzi par la même méthode, sans lésions graves, a pu aller explorer une tumeur située dans la paroi recto-vaginale et pénétrer à plus de 20 centimètres dans le bout inférieur du gros intestin.

### Observation XI.

Occlusion intestinale; gastrotomie; troubles provoqués par l'excitation du grand sympathique. Mort-, par le docteur Léon Blondeau, ancien interne des hôpitaux de Paris. (France médicale, samedi 23 février 1884.

Pendant une gastrotomie, pratiquée le 7 janvier dernier dans une clientèle privée, sur un homme de 63 ans, par M. Alphonse Guérin, assisté de MM. Siredey, Boudet de Paris, d'un de ses élèves et de moi, nous avons été témoin d'un fait qui me paraît offrir un réel intérêt.

L'opération était nécessitée d'urgence par une occlusion intestinale datant de dix jours. Le malade avait eu sa dernière garde-robe le 28 décembre, et depuis absolument rien. Après avoir tenté tous les moyens médicaux indiqués en semblable circonstance sans en obtenir aucun résultat, la chirurgie seule pouvait nous offrir une chance de salut contre la mort certaine et imminente.

Lorsque pour aller par la large incision faite sur la ligne médiane, presque à partir de l'ombilic jusque presque la région pubienne, à la recherche de la cause de cette occlusion—, celle-ci était produite par une bride mésentérique ayant amené le renversement de l'S iliaque du côlon sur lui-même, — le chirurgien introduisit sa main dans la

cavité du péritoine, survinrent des accidents du plus redoutable aspect.

Plongé profondément dans le sommeil chloroformique, respirant tranquillement, son pouls conservant ses allures et ses qualités normales, le malade pâlit tout à coup, d'une pâleur mortelle, sa peau se refroidissant, les pulsations artérielles se ralentirent, devenant filiformes, les mouvements respiratoires s'accélérèrent d'une façon exagérée en diminuant de profondeur. Il nous semblait que la mort allait arriver dans une syncope.

A deux reprises, les mêmes accidents se reproduisirent sous l'influence de la même cause, cessant aussi vite qu'ils s'étaient manifestés, dès que le chirurgien retirait sa main de l'intérieur du ventre.

L'opération s'acheva, d'ailleurs, sans autre incident que celui-ci dont la gravité nous avait à bon droit effrayés. La bride mésentérique coupée, l'S iliaque fut replacée dans sa position normale ; l'intestin grêle, l'épiploon rentrés dans l'abdomen dont la plaie fut exactement suturée, pansée avec l'appareil de Lister, recouverte d'une double couche épaisse de ouate phéniquée, maintenue avec un bandage de corps. Le patient fut remis dans son lit ; à son réveil, quelques minutes plus tard, il n'avait aucune conscience de ce qu'on lui avait fait éprouver.

Du lundi au soir du jeudi suivant, pendant près de soixante-douze heures, nous pûmes espérer le succès, quand dans la nuit du jeudi au vendredi se déclara une péritonite qui emporta le malade dans les premières heures de la matinée du samedi.

### Observation XII

Oulmont. — Torsion du rectum entraîné et déplacé par le côlon distendu, par Oulmont. (*Bull. Soc. anat. 1842*, t. XVII, p. 336).

M. Oulmont rapporte le fait suivant. Un ancien militaire entre à l'hôpital de la Pitié, après cinq jours d'une constipation opiniâtre. Le ventre était considérablement distendu; le ballonnement, le météorisme indiquaient une tympanite. La sonorité s'étendait jusque dans les gouttières vertébrales. Le foie était refoulé très-haut, mais la percussion en faisait retrouver encore la position. La dyspnée n'était

pas excessive, il n'y avait ni nausées ni vomissements. Les purgatifs répétés restèrent sans résultat ; les lavements ne purent pénétrer. Déjà, il y a cinq ans, le malade avait éprouvé des accidents semblables qui avaient cédé à des onctions avec un liniment camphré. Ce moyen échoua cette fois et vingt-quatre heures après son entrée à l'hôpital, le malade mourut sans qu'on eût pu tenter l'introduction d'une canule dans le rectum. On trouva une dilatation générale de tout le tube digestif et de l'estomac lui-même mais principalement du côlon descendant qui forme une énorme cavité remplie de matières. Les tuniques intestinales étaient hypertrophiées. L'obstruction siégeait à la partie supérieure du rectum et était formée par la torsion du rectum entraîné et déplacé par le côlon distendu. La lumière du canal se trouvait ainsi obturée par ses parois contournées sur elles-mêmes. Il existait en outre une péritonite superficielle légère.

### Observation XIII

A. Faucon. — Etranglement interne par torsion de l'extrémité supérieure du rectum ; Perforation du cœcum ; Péritonite suraiguë, par le docteur A. Faucon (d'Amiens), membre correspondant de la Société de chirurgie (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1877, p. 732).

Vieillard de 60 ans, fileur, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie, le 26 octobre 1877. Nature de la maladie : hernie inguinale droite facilement réductible, pannus consécutif à des granulations conjonctivales. Le malade se portait bien du reste lorsque à la visite du 10 novembre je suis frappé de son air anxieux ; il m'apprend que depuis quatre jours il n'est pas allé à la selle et qu'il souffre de coliques violentes avec envie de défécation qu'il ne peut satisfaire.

L'entéro-épiplocèle était sortie, mais sans tension, ni douleur, du reste elle se réduit avec la plus grande facilité.

La palpation du ventre ne me fit découvrir qu'une légère intumescence et une sensibilité peu vive de la région du flanc droit.

Le malade n'avait pas eu de vomissements, il était sans fièvre ; j'attribuai les accidents à une irritation du cœcum produite par l'accumulation de matières fécales, je prescrivis une demi-bouteille d'eau de Sedlitz.

Le lendemain, après une absence de vingt-quatre heures, j'appris à mon grand étonnement la mort de ce pauvre malade.

Voici ce qui s'était passé :

Deux heures après l'administration du purgatif, vers midi, il avait été pris de vomissements qui ne l'ont plus quitté jusqu'à dix heures du soir, moment de la mort.

Ces vomissements très-fréquents, d'abord alimentaires et bilieux, étaient devenus fécaloïdes à partir de cinq heures du soir. Le fait a été constaté à la contre-visite par l'interne du service et le chef de clinique.

En même temps le ventre s'était ballonné et, dans l'espace de quelques heures, avait acquis un énorme développement : il ressemblait au ventre d'une femme à terme.

Des douleurs violentes s'étaient manifestées à l'hypogastre et surtout au niveau de la fosse iliaque droite, région dans laquelle elles ont conservé jusqu'à la fin leur maximum d'intensité.

L'algidité s'était montrée dans la soirée avec une gêne considérable de la respiration.

Le traitement avait consisté en glace à l'intérieur, en cataplasmes et onctions belladonées, en un lavement purgatif et des lavements émollients projetés avec force, sur la prescription du chef de clinique qui, voyant combien peu l'injection pouvait pénétrer dans l'intestin, soupçonnait une obstruction du rectum.

*Autopsie pratiquée trente-six heures après la mort.* — Abdomen fortement distendu ; quelques cuillerées de sérosité s'échappent de la cavité péritonéale à l'incision des parois abdominales.

Congestion modérée des anses intestinales ; quant au reste de la surface péritonéale, on aperçoit dans l'intervalle des vascularisations intestinales et sur les parois de l'abdomen la séreuse dépolie, terne, d'une teinte grisâtre, poisseuse au toucher, nulle part de fausses membranes.

Environ 150 à 200 grammes de liquide louche dans le petit bassin à odeur fécaloïde.

Distension énorme du gros intestin qui masque en grande partie les circonvolutions également boursouflées de l'intestin grêle.

L'S iliaque, outre son ampliation exagérée, présente une disposition spéciale très-importante à noter.

Au lieu de deux coudes qu'elle affecte dans la généralité des cas

et de sa configuration en S, la partie du gros intestin intermédiaire au côlon descendant et au rectum, et qui est d'ordinaire fixée dans la fosse iliaque droite, remonte dans la cavité abdominale jusqu'au niveau du bord inférieur de l'estomac, au devant de l'intestin grêle qui la sépare de la colonne vertébrale et de la région lombaire. Environ une fois plus longue qu'elle ne l'est d'habitude, elle se compose de deux anses, l'une verticale se continuant avec le rectum, l'autre horizontale faisant suite au côlon descendant.

L'anse verticale est libre dans l'abdomen, et, derrière sa portion descendante, passe l'anse horizontale qui forme bientôt un coude dont la concavité embrasse le point de jonction de l'S iliaque avec le rectum.

Je crois devoir faire remarquer l'enchevêtrement particulier des anses intestinales dont j'ai tâché de rendre la disposition sur la figure, enchevêtrement qu'il est plus facile de comprendre que de décrire.

Les détails dont je vais parler ne pouvaient se découvrir qu'après l'écartement des anses énormément distendues.

Le point où s'opère la fusion de l'S iliaque et du rectum est étranglé dans les trois quarts de son pourtour par l'S iliaque ; l'autre quart se trouve comprimé contre le détroit supérieur. En même temps, le bout descendant de l'anse verticale se trouve infléchi en avant et à gauche, ce qui détermine au niveau de la stricture un angle dû à la flexion et un étranglement par vive arête sur le méso-côlon.

Le volume de l'orifice d'étranglement ainsi constitué est suffisant pour laisser passer l'index.

Au-dessus de cet agent d'étranglement se trouve l'S iliaque, gonflée comme une outre et fortement froncée avant d'arriver au point rétréci ; au-dessous, en soulevant la portion antérieure de l'anse horizontale, on aperçoit le rectum vide et aplati et tordu sur lui-même à son extrémité supérieure dans une étendue de quatre centimètres.

La torsion se fait de bas en haut, d'avant en arrière et de gauche à droite, ainsi que l'indiquent trois plis caractéristiques ; elle est d'un demi-tour, la face antérieure du rectum devenant postérieure au point culminant de la portion entortillée.

Il n'existe aucune adhérence entre les plis de torsion, qui disparaissent complètement dès qu'on replace les parties dans leur direction habituelle.

Au niveau du rétrécissement rien d'anormal encore dans les tuniques intestinales.

L'intestin grêle et le gros intestin renferment le même liquide trouble grisâtre, à odeur de matières fécales, qui a été retrouvé dans le bassin.

Sur le cœcum deux particularités intéressantes : d'abord sur l'une des bosselures de sa face antérieure, à quatre travers de doigt au-dessus de l'appendice vermiforme, on trouve un pertuis circulaire, comme fait à l'emporte-pièce et de la dimension d'une forte tête d'épingle ; en même temps ces bosselures sont réunies en plusieurs points par des brides fibreuses bien distinctes par leur forme, leur volume, leur siège et leur direction des rubans musculaires du gros intestin. Ces brides, de grosseur variable, mais dont la plus forte n'excède pas le volume des appendices graisseux péritonéaux, sont libres au niveau des interstices qui séparent les renflements du cœcum et, pour le reste de leur longueur, qui varie de 2 à 4 centimètres, elles sont confondues avec la paroi intestinale dont elles se distinguent par leur blancheur et leur opacité.

En examinant de près la perforation du cœcum, on voit que s'il est taillé à l'emporte-pièce pour la muqueuse et la musculaire, il n'est pas de même au niveau du péritoine, qui présente une déchirure allongée de 8 millimètres, à la lèvre supérieure de laquelle vient aboutir une des brides fibreuses en question.

Au niveau de la perforation, la muqueuse intestinale ne présente aucune trace d'inflammation ni d'ulcération; du côté du péritoine, aucune lésion différente de celles que nous avons décrites plus haut et qui témoignent d'une péritonite généralisée à la première période.

En introduisant une sonde profondément dans le rectum et en y faisant une injection forcée de liquide, on voit bien le rectum se déplisser et se détordre en partie, mais le liquide ressort par l'anus, et le doigt placé au-dessus du rétrécissement ne le sent affluer dans l'S iliaque que si l'on écarte l'anse horizontale et la bride méso-colique qui y adhère.

La compression exercée sur la partie descendante de l'S iliaque ne parvient en aucun cas à faire passer les gaz dans le rectum.

# CHAPITRE I

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le volvulus de l'intestin, dont Rokitansky fait la deuxième espèce de sa classification des étranglements internes, que Besnier fait entrer dans l'étranglement proprement dit, que Larguier des Bancels classe parmi les étranglements reconnaissant pour cause une disposition anormale et accidentelle de l'intestin (*invagination, torsions, flexions et vices de conformation*), le volvulus, disons-nous, forme dans le tableau de Bulteau une espèce à part indépendante des étranglements de l'intestin et de l'invagination, relève avec Follin et Duplay des occlusions par étranglement interne et figure enfin sous le titre de flexions et torsions dans la classification suivante de Jaccoud :

Classification de l'occlusion intestinale. (Jaccoud)

- invagination,
- corps étrangers,
- compressions extérieures,
- flexions et torsions,
- brides, diverticules et orifices anormaux
- rétrécissements de diverses natures.

Cette classification de Jaccoud, reproduite par Duplay dans son article des *Arch. de méd.*, 1879, t. II, p. 713, est mieux susceptible d'application thérapeutique que celle de Maisonneuve par exemple, (compression, oblitération, rétrécissement) malgré son extrême simplicité.

Toutefois nous donnerons la préférence à la classification adoptée par Peyrot parce qu'elle nous paraît le mieux s'adapter aux indications thérapeutiques.

Voici quelle est cette classification :

1° Vices de position : invagination, volvulus, torsions, coudures.

2° Compressions : étroites (brides, diverticules, anneaux accidentels, hernies internes etc.) ; larges (tumeurs diverses, adhérences étendues)

3° Obturation.....corps étrangers, polypes etc.

4° Rétrécissements.....divers.

Le volvulus par torsion, ainsi rattaché à la classe des étranglements par vice de position, n'est-il pas susceptible d'être subdivisé à son tour?

Pour Rokitansky, les étranglements par torsion de l'axe intestinal pourraient se produire de trois façons différentes, soit qu'une portion d'intestin se torde sur son axe propre, soit que la torsion se fasse d'abord sur le mésentère, ou enfin qu'une portion d'intestin s'enroule avec son mésentère autour d'une autre portion intestinale.

Etant donné la difficulté de préciser pour certains cas quel est du mésentère ou de l'intestin celui qui a commencé la rotation, étant donné aussi la possibilité de voir la torsion simple se compliquer d'autres causes d'étranglement, et tenant compte des différences anatomo-pathologiques révélées par le dépouillement d'un certain nombre d'observations, nous proposerions volontiers la division suivante pour le volvulus de l'S iliaque :

1° L'S iliaque est simplement tordue sur son axe propre.

2° La torsion de l'S iliaque coexiste avec celle du mésentère.

3° La torsion est compliquée d'une autre cause d'étranglement (enchevêtrement des anses, compression de la partie tordue par une bride récente ou ancienne, par un segment éloigné ou rapproché de l'intestin, etc...)

4° La torsion plus ou moins complète d'une partie ou de la totalité de l'S iliaque s'accompagne de celle de l'extrémité supérieure du rectum.

Relativement au degré de la torsion, les observations que nous avons analysées nous apprennent qu'il est extrêmement variable. Le plus souvent le mouvement de torsion est complet; dans ce cas, l'S iliaque accomplit un tour complet de rotation sur lui-même; d'autres fois la torsion est incomplète et représentée par un demi-tour de l'S iliaque (cas de Busk, consigné dans les Bulletins de la Soc. anat. de Londres, et très probablement aussi celui d'Easton (*Union méd.*, 1851, p. 441). Enfin, l'S iliaque peut accomplir un tour et demi de rotation, comme l'observation I nous en fournit un exemple. Il est bien entendu qu'entre ces deux limites (un demi-tour et un tour et demi), qu'on trouve exceptionnellement réalisées, il y a place pour une infinité de degrés intermédiaires : mais, nous le répétons, la torsion à un tour complet est, d'après nos recherches, de beaucoup la plus fréquente, c'est celle qu'on rencontre à coup sûr dans la généralité des cas.

Examinons maintenant les lésions de l'intestin dépendant du fait même de la torsion, ainsi que les lésions des parties voisines.

**1° Lésions de l'intestin dépendant du fait même de la torsion.**

Avant de passer à l'étude des lésions de tissu, nous dirons quelques mots de la situation de l'S iliaque, de ses changements de rapports, de son volume, du sens suivant lequel s'est opérée la torsion. C'est en interrogeant les faits connus, et en nous basant sur les résultats des autopsies dans les observations dont nous avons fait suivre l'historique, que nous essaierons de résoudre les divers points qui se rattachent à cette première partie du problème.

Les observations de Barlow, P. Hewett et Pollock, Busk, Easton, consignées dans le mémoire du Duchaussoy, nous apprennent que l'S iliaque énormément distendue remplissait presque complètement l'abdomen. Dans un cas (celui d'Easton), cette portion du gros intestin allait même jusqu'à égaler presque en longueur toutes les autres parties du côlon prises ensemble.

Relativement à l'observation de P. Hewett et Pollock, Duchaussoy s'exprime ainsi : « On trouve le ventre occupé par une large tumeur de couleur brune qui a déplacé divers viscères et même empiété sur la poitrine. Cette tumeur est formée par l'S iliaque..... etc. »

Dans le cas d'Easton, il est indiqué que l'S iliaque s'était portée dans son mouvement de rotation de la fosse iliaque gauche à la région splénique pour s'enfoncer même jusqu'au-dessous des fausses côtes gauches.

Quant aux observations que nous avons rapportées plus haut en détail, elles confirment d'abord les données de Duchaussoy et renferment en outre d'utiles renseignements : 1° sur la direction de l'S iliaque par suite du mouvement de torsion ; 2° sur les modes de son déplacement.

Dans les obs. 1 et 4, l'S iliaque va de gauche à droite et remplit presque toute la cavité abdominale.

Dans les obs. 7 et 8, elle occupe la moitié droite de l'abdomen.

Dans l'obs. 3, la direction de l'S iliaque est légèrement oblique, du détroit supérieur à gauche jusqu'à la face inférieure du foie.

Dans trois cas, elle occupe la région médiane, se dirigeant de la région iliaque gauche vers le diaphragme (obs. 5) —, de l'articulation sacro-iliaque gauche à l'ombilic (obs. 10) —, de la région hypogastrique à la région ombilicale (obs. 6).

Une fois l'S iliaque occupe la moitié gauche de l'abdomen, opérant son mouvement de torsion dans la direction du côlon descendant (obs. 2).

Dans un cas, elle remonte jusqu'à l'estomac, mais en formant deux anses, l'une horizontale vers le côlon et l'autre verticale du côté du rectum (obs. 13).

La situation qu'occupe l'S iliaque dans la cavité abdominale étant connue, il reste à déterminer comment celle-ci évolue depuis son origine jusqu'à sa terminaison pour aboutir à l'état de torsion. Prenons pour exemple l'un des cas de Léger. L'anse formée par l'S iliaque part du détroit supérieur à gauche pour se diriger en haut et à droite jusqu'à la face inférieure du foie. La première portion ou ascendante s'est portée en dedans en décrivant un demi-arc de cercle au devant de la deuxième portion ou descendante. Ce premier tour une fois accompli, la portion descendante ou terminale qui est à gauche se porte en avant et au dedans, décrivant à son tour un demi-arc de cercle.

En résumé l'S iliaque s'est tordue sur elle-même en décrivant un tour complet et l'obstruction s'est produite par le passage de la première portion au-devant puis en arrière de l'autre.

Dans les deux cas de Melchiori, la torsion paraît se pro-

duire d'après le même mode, car, en faisant exécuter sur le cadavre à l'anse intestinale un mouvement en sens inverse, on défaisait complètement cette torsion.

Mais tous les faits de volvulus de l'S iliaque sont loin de ressembler à ceux-ci; il n'est même pas rare de rencontrer des cas où le phénomène quoique aboutissant au même résultat reconnaît pour cause un mécanisme différent.

C'est ainsi que, chez l'un des malades de M. Potain (obs. 2), l'autopsie révèle que l'enroulement était constitué par une double bascule de l'intestin de droite à gauche et d'arrière en avant. Tel est encore le cas de M. Polaillon (obs. 8), dans lequel l'anse était tordue de telle façon que l'enroulement des deux portions ascendante et descendante était comparable à deux C qui s'accoleraient par leur concavité.

Une particularité, commune à tous les cas observés, c'est la distension énorme et le volume considérable de l'S iliaque par rapport aux autres segments du côlon.

Il résulte encore de l'ensemble de ces faits que la torsion s'effectue généralement de gauche à droite, d'avant en arrière, quelque direction qu'ait suivie d'ailleurs l'axe du mouvement, que généralement aussi l'S iliaque participe en totalité à ce mouvement et que, dans le seul cas où l'intestin a accompli un tour et demi autour de son insertion mésentérique (obs. 1), on l'a trouvé situé horizontalement d'une fosse iliaque à l'autre avec ses deux extrémités dans la fosse iliaque gauche.

Il est à noter enfin que le mésocôlon a été maintes fois trouvé tordu sur lui-même.

Quelles sont les lésions révélées par les autopsies sur les parois de l'intestin? Celles-ci doivent être examinées :

1° au niveau même de l'occlusion, 2° au-dessus de l'occlusion, 3° au-dessous de l'occlusion.

### § 1. Lésions au niveau de l'occlusion

Elles seraient rares, d'après Follin et Duplay. En dehors du plissement des parois et de l'effacement du calibre intestinal par le fait des plicatures juxtaposées et de l'entrecroisement des deux bouts de l'anse tordue, on ne signale point d'altération des tuniques de l'intestin au niveau du pédicule, à moins que les accidents n'aient dépassé la durée ordinaire et que les lésions n'aient eu le temps d'évoluer jusqu'au ramollissement ou même à la perforation de l'intestin. Le siège le plus ordinaire du pédicule serait au niveau de l'origine du rectum, au détroit supérieur du bassin, souvent vers l'articulation sacro-iliaque gauche, quelquefois un peu plus à droite.

Quoique le fait soit rare, la muqueuse de l'anse a été trouvée une fois ramollie jusqu'à l'origine du rectum (obs. de Bayon).

Dans le cas de M. Prioleau, on voit que la partie de l'intestin intermédiaire entre l'S iliaque et le rectum, et qui n'était autre que le pédicule de la torsion, se trouvait sur une longueur de trois centimètres rétrécie au point de ne pas laisser passer la pointe d'un crayon. L'absence de lésions au niveau de la torsion est ici extrêmement remarquable, étant donné la durée assez longue de la maladie.

Même remarque au sujet de l'obs. de M. Polaillon : bien que les lésions fussent en d'autres points assez avancées, au niveau du pédicule l'intestin avait conservé son intégrité ; il était, comme cela s'observe généralement, revenu sur lui-même, aplati, mais sans présenter aucune trace d'altération.

## § 2. — Lésions au-dessus de l'occlusion

Au-dessus de la constriction, l'intestin est considérablement augmenté de volume et distendu par des matières plus ou moins durcies et des gaz. Par suite de cette distension, l'anse présente parfois une ou plusieurs perforations en même temps que la déchirure du péritoine.

Voici le résultat des recherches de Duchaussoy à ce sujet :

« P. Hewet est le seul, dit-il, qui ait trouvé l'intestin sain au-dessus de l'étranglement. Il était plein de fèces et dilaté (Oulmont), présentait quatre fois son diamètre normal (Rokitansky, 4$^{me}$ obs., 2$^{me}$ espèce), enflammé et ulcéré (Barlow), une fois injecté, distendu avec ramollissement des tuniques (Rokitansky, 6$^{me}$ observ.) — L'intestin était distendu par une énorme quantité de liquide, sa membrane muqueuse injectée, violacée (Moutard-Martin, Maunoury).— Il y avait distension énorme par des gaz, coloration rouge disposée par bandes longitudinales, par plaques et par points, adhérences récentes (Goupil). »

Par ces quelques citations, il est permis d'apprécier déjà avec Rokitansky la fréquence de l'accumulation des matières et des gaz et des altérations plus ou moins avancées des parois de l'intestin au-dessus de l'obstacle.

L'analyse des treize observations rapportées ci-dessus nous permet de fournir à notre tour quelques renseignements complémentaires.

Au-dessus de la constriction, l'intestin était distendu, congestionné, et rempli de gaz et de matières alvines demi-liquides (obs. 1-5.)

Il était dilaté et renfermait des matières fécales liquides (obs. 10 et 12).

Il ne contenait que des gaz et les parois de l'anse étaient d'un brun verdâtre et couvertes d'exsudations plastiques (obs. 9).

L'S iliaque était violacée, épaissie, ulcérée superficiellement et remplie de matières fécales semi-molles (obs. 8).

La muqueuse était très congestionnée et présentait une couleur feuille-morte avec épaississement des tuniques de l'intestin (obs. 2). La paroi de l'S iliaque était épaissie (obs. 10 et 12).

Il existait à deux travers de doigt au-dessus de la constriction une petite fissure longitudinale formée par rupture de la muqueuse à travers la tunique musculaire dissociée (obs. 3).

Sur le cœcum existait une perforation à l'une des bosselures de sa face antérieure sans trace d'inflammation ni d'ulcération de la muqueuse, ce qui semblerait indiquer que cette perforation a été le résultat de la distension du cœcum par les gaz (obs. 13).

Au niveau de l'insertion d'une de ses adhérences, l'S iliaque présentait une fissure verticale coexistant ici avec ramollissement et ulcération superficielle en certains points de la muqueuse (obs. 8).

### § 3. — Lésions au-dessous de l'occlusion

Duchaussoy a trouvé l'intestin au-dessous de la constriction vide et rétréci, au point, dit-il, « que plusieurs observateurs le comparent à un intestin de chat ». Une fois seulement, d'après cet auteur, on lui aurait trouvé le volume et l'aspect de l'état normal.

Le bout inférieur est en effet d'habitude revenu sur lui-même et vide de matières intestinales et de gaz (Follin et Duplay).

Cet état de l'intestin au-dessous de la torsion fait rarement défaut, comme il résulte du dépouillement de nos treize observations.

Le rectum était vide, non congestionné (obs. 1) ; vide, élevé vers le détroit supérieur, avec ses parois revenues sur elles-mêmes (obs. 9); vide, aplati et tordu sur lui-même à son extrémité supérieure (obs. 13) ; aplati (obs. 8).

Dans les autres observations, il n'est pas fait mention de l'état de l'intestin au-dessous de l'obstacle, probablement parce que l'attention des observateurs n'aura pas été fixée sur ce point. Toutefois il est extrêmement probable que l'état du rectum ne devait pas être différent de celui qu'on avait trouvé pour des cas analogues. On peut dès lors, par analogie, considérer la vacuité et l'aplatissement du rectum comme un caractère constant.

### 2° **Lésions des parties voisines.**

Une des lésions qu'on a rencontrées d'une façon à peu près constante, c'est la longueur considérable et l'état de tension du repli péritonéal adjacent à l'S iliaque, c'est-à-dire du mésocôlon iliaque. Parfois celui-ci a été trouvé aussi épaissi, enflammé ; plus fréquemment tordu, comme l'anse qui accomplissait autour de lui le mouvement de torsion et dont il constituait le pédicule. Par suite du déplacement de l'S iliaque, il a pu présenter la disposition d'une corde et comprimer à la façon d'une bride résistante un point de l'intestin (intermédiaire entre l'S iliaque et le rectum) qui était déjà le siège d'une occlusion incomplète (Obs. 13).

La péritonite a été signalée par Duchaussoy 15 fois sur 21 cas comme complication funeste de l'étranglement. Bien que sa statistique porte à la fois sur les faits de torsion de l'intestin et du mésentère et sur les enroulements en général, nous

reconnaissons que le volvulus de l'S iliaque doit entrer pour une large part dans ces chiffres et qu'il a fourni très-certainement une proportion effrayante de mortalité.

En interrogeant de notre côté nos observations, toutes relatives à des cas de torsion de l'S iliaque (excepté les obs. 11, 12, 13, que nous avons fait figurer dans notre tableau à cause de la similitude existant sur bien des points entre les unes et les autres) nous arrivons à des chiffres un peu plus encourageants.

Ainsi, dans les observations suivantes : Obs. 1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, on ne signale aucune trace de péritonite.

Une péritonite superficielle légère a été notée (Obs. 4, 12), mais elle a été sans influence sur la mort des malades.

Une fois on a trouvé les traces d'une péritonite localisée (Obs. 3). Dans deux cas (Obs. 8 et 13), l'inflammation du péritoine a été occasionnée par un épanchement de matières fécales dû lui-même à une rupture de l'intestin.

Une fois enfin le malade a succombé à une péritonite suraiguë (Obs. 11), encore cet accident n'est-il survenu qu'au quinzième jour de la maladie, trois ou quatre jours après l'intervention chirurgicale, alors que rien ne le faisait prévoir.

En résumé, trois cas de mort par péritonite suraiguë, deux cas où l'on a noté une vascularisation légère du péritoine, et sept cas où la séreuse a été trouvée intacte : tels sont les chiffres auxquels nous a conduit le dépouillement minutieux de nos observations.

# CHAPITRE II

## PATHOGÉNIE

La nature des lésions spéciales au volvulus de l'S iliaque étant connue, il nous reste à rechercher comment ces lésions ont pu se produire, quel est le mécanisme qui a présidé à leur évolution, à quelle cause enfin il convient de rattacher la production de ce phénomène : la torsion de l'S iliaque du côlon.

Les conditions qui nous paraissent indispensables pour réaliser ce mode d'étranglement sont multiples et de diverses natures.

Il résulte en effet de l'examen de nombreuses observations, comme la plupart des observateurs l'ont d'ailleurs démontré avant nous, que le volvulus de l'S iliaque a constamment coïncidé avec certains désordres anatomiques et fonctionnels se reproduisant d'une façon invariable dans chaque cas. L'apparition, à une époque antérieure plus ou moins éloignée, des mêmes accidents que ceux qui se produisent au début de l'étranglement, semblerait même indiquer qu'il existe un temps de préparation du phénomène, lequel ne saurait être mieux comparé qu'au premier temps de l'évolution d'une hernie inguinale. Il n'est point inutile de connaître ce dernier fait, car, bien interprété, il doit avoir, ce nous semble, cette signification que le volvulus, dans l'espèce, n'évolue pas brusquement et ne date pas du moment où il apparaît, mais, qu'au contraire il a une origine toujours ancienne et, qu'à ce titre, les conditions qui président à sa

formation méritent d'être étudiées non-seulement dans le présent mais encore dans le passé. L'étude de ces conditions tant actuelles qu'éloignées sera poursuivie avec le plus grand soin, car c'est dans leur connaissance que réside la solution du problème pathogénique du volvulus de l'S iliaque.

Or l'inconnue dans ce problème se déduira assez facilement des trois facteurs suivants :

1° Caractères anatomiques et physiologiques de l'S iliaque (longueur, direction flexueuse, mobilité).

2° Disposition anormale congénitale ou acquise de l'S iliaque.

3° Expériences cadavériques en vue de reproduire ou d'expliquer la torsion.

Tout d'abord nous écarterons l'opinion de Duchaussoy sur ce point comme une hypothèse tout au moins exagérée. Pour cet auteur, en effet, la torsion de l'intestin serait le plus souvent consécutive à une première occlusion par bride, adhérence ou retrécissement. C'est celle-ci qui jouerait le premier rôle, et, le premier obstacle ainsi formé, les liquides intestinaux étant poussés avec force par les contractions intestinales et rencontrant un obstacle qui les arrêterait dans leur cours, la torsion de l'intestin s'en suivrait.

Contre une telle manière de voir se dresse une assez longue série de faits dans lesquels la lésion incriminée par Duchaussoy fait complètement défaut. Ne savons-nous pas d'ailleurs que les cas de torsion accompagnée de bride ou d'adhérence sont relativement rares? Ce que nous avons appris de l'état de l'intestin au-dessous de l'obstacle ne nous laisse-t-il pas convaincu de la rareté du rétrécissement ou de toute autre lésion de l'intestin en tant que cause déterminante de l'étranglement?

Ailleurs se trouve assurément l'explication du mécanisme;

essayons de la découvrir d'après la marche indiquée un peu plus haut.

### § 1. — Caractères anatomiques et physiologiques de l'S iliaque

On sait que l'S iliaque est, de toutes les portions du côlon, la plus mobile, la plus variable dans sa direction, et aussi celle dont le trajet est le plus flexueux. On sait aussi que le mésocôlon iliaque, ce repli péritonéal par lequel elle est reliée à la fosse iliaque gauche, présente cette particularité d'être plus large dans sa partie moyenne qu'à ses extrémités où elle est terminée en pointe.

Voilà donc l'S iliaque, portion très-mobile de l'intestin, placée entre le côlon descendant et le rectum, lesquels présentent au contraire une certaine fixité; d'un autre côté, nous l'avons vue reliée jusqu'à un certain point par son mésocôlon à la fosse iliaque gauche, et reliée d'autant plus étroitement qu'on l'examine plus près de ses extrémités. Que se passera-t-il dans ces conditions, sous l'influence d'une force, que nous pouvons représenter ici par le poids des matières stercorales et l'action expansive des gaz agissant sur la paroi de cette portion intestinale? C'est que, à la faveur de ces forces dont l'action s'exercera de haut en bas dans le même sens que la pesanteur, la partie la plus mobile qui correspond ici au milieu de l'arc formé par l'S iliaque, subira un déplacement maximum par rapport aux autres points de l'arc. Selon que la résultante des forces s'exerçant dans la cavité de l'intestin agira dans tel ou tel sens, de deux choses l'une, ou l'on aura une luxation de l'S iliaque de haut en bas, et de droite à gauche ou de gauche à droite, ou bien au lieu d'un renversement en masse d'une portion sur une autre, ce sera le mouvement rotatoire qui l'empor-

tera, et, dans ce cas, la nature du déplacement dépendra de l'axe autour duquel il se produira. Celui-ci en effet pourra être constitué soit par le mésocôlon, soit par l'intestin lui-même ; dans le premier cas, l'S iliaque exécutera un mouvement de rotation général, pivotera pour ainsi dire autour de son pédicule ; dans le deuxième cas, elle effectuera un demi-tour par exemple sur elle-même.

Recherchons maintenant si les conditions que nous venons de supposer pour le besoin de notre raisonnement sont seulement hypothétiques, ou bien si elles se trouvent en tout point réalisées et si elles sont explicables par les données anatomo-pathologiques.

L'S iliaque, avons-nous vu, est douée d'une grande mobilité et présente une longueur notable par rapport à l'étendue de son insertion mésentérique ; nous savons aussi que sa mobilité diminue au fur et à mesure qu'on l'examine plus près de ses extrémités.

C'est de plus un organe flexueux, divisé pour ainsi dire naturellement en autant de compartiments séparés qu'il existe de coudures sur son trajet. Cette forme en S, quoiqu'elle ne soit pas constante, prédispose singulièrement quand elle existe à la stagnation des matières fécales. A cette disposition anatomique spéciale si l'on ajoute la demi-inertie dont est frappé l'intestin à ce niveau et qui fait de l'S iliaque comme un réceptacle où vont séjourner les matières intestinales, on n'aura pas de difficulté à comprendre que cet organe est on ne peut mieux préparé à évoluer progressivement avec l'âge sous l'influence d'un effort ou d'un mouvement brusque depuis le premier degré de la torsion jusqu'à la rotation complète.

Nous étudierons plus loin l'influence probable de la constipation sur les désordres plus ou moins lointains qui précè-

dent d'habitude et préparent silencieusement l'explosion du volvulus.

### § 2. — Disposition anormale congénitale ou acquise de l'S iliaque

Melchiori s'est demandé si la torsion de l'S iliaque ne serait pas favorisée par quelque disposition anatomique.

Après avoir examiné un certain nombre de cadavres, il constata que, comme Buchanan l'avait déjà signalé, cet intestin présente en effet des variétés nombreuses, que l'S iliaque est souvent déplacée, rendue libre et flottante par la longueur de son mésentère.

« Ces variétés, disait Giraldès dans son rapport sur le mémoire de Melchiori, sont tellement fréquentes qu'on peut presque affirmer qu'une fois sur quatre l'S iliaque du côlon n'affecte pas la disposition classique.

L'S iliaque a été rencontrée vers l'hypogastre, à la région ombilicale, et jusque dans la fosse iliaque droite, où elle vient s'accoler au côté interne du cœcum. On s'explique que les déviations congénitales, si fréquentes chez le nouveau-né, d'après Huguier et Sappey, puissent quelquefois persister et se retrouver alors chez l'adulte; on comprend aussi que l'utérus gravide puisse soulever le mésocôlon iliaque et le rejeter à droite. L'S iliaque a encore été trouvée avec des dimensions verticales considérables. Enfin un déplacement très fréquent serait celui-ci : la fin de l'S iliaque se porte transversalement de gauche à droite pour gagner la symphyse sacro-iliaque droite et se continuer avec le rectum qui est alors placé à droite (Cruveilhier, *Traité d'anat. path. générale*, tome I, 1849).

On reconnaîtra avec nous que ces sortes de déplacements, quand ils sont congénitaux, constituent une fâcheuse prédis-

position au volvulus. Alors deux causes au lieu d'une se trouvent réunies pour produire la torsion, mais nous pensons que la constipation avec ses conséquences mécaniques ou autres suffit à produire à la longue le même résultat.

### § 3 — Expériences en vue de produire ou d'expliquer la torsion.

La tympanite, le météorisme énorme, qui sont si souvent la conséquence d'une occlusion intestinale pourraient-ils eux-mêmes devenir une cause d'étranglement? Van Mons a essayé de répondre à cette question en instituant l'expérience suivante : au moyen d'une seringue fixée au côlon ascendant, il insuffle de l'air vers le cœcum; cet organe se dilate graduellement, et on voit, dit-il, le cœcum se tourner en dedans et en haut et se renverser finalement contre le côlon transverse. Van Mons reconnaît toutefois qu'une telle évolution du gros intestin ne serait guère possible sans un certain relâchement du mésocôlon et du mésentère.

Melchiori, à travers ses recherches sur le volvulus de l'S iliaque, ayant rencontré sur un cadavre une torsion *post mortem*, profita de cette circonstance pour étudier le mécanisme de cette lésion. A cet effet, il institua l'expérience suivante que nous rapportons dans les termes mêmes de M. Giraldès : « Après avoir introduit un tube dans le côlon, il l'insuffla; à mesure qu'il se distendait, il constata que la torsion intestinale se serrait davantage et mettait obstacle à la sortie de l'air. Après avoir acquis un certain volume et s'être dégagé du bassin pour monter dans la cavité de l'abdomen, l'intestin, cédant à l'impulsion de l'air, tourna brusquement sur lui-même et fit disparaître la torsion.

M. Melchiori recommença l'expérience; cette fois, au lieu de la faire à ciel ouvert comme précédemment, il chercha à

remplacer la pression des parois de l'abdomen par une toile placée convenablement de façon à se rapprocher autant que possible de l'état normal. Les choses ainsi disposées, il recommença l'insufflation ; tout se passa comme la première fois : seulement l'intestin, soutenu par la pression des parois artificielles, au lieu de tourner sur lui-même et de faire la torsion, continua au contraire à se développer, à monter dans l'abdomen en serrant de plus en plus le nœud formé par la torsion intestinale. »

Cette expérience démontre évidemment que la résistance des parois abdominales a été un obstacle à la détorsion de l'anse. Il semblerait résulter encore de ce fait que la pression de la paroi abdominale sur l'anse distendue doit contribuer à augmenter le phénomène de la torsion sinon à le produire.

MM. Léger et Rendu, de leur côté, se sont livrés à des recherches sur le cadavre à l'effet de déterminer le mécanismedu volvulus. Pour cela, ils ont choisi un sujet portant une S iliaque dans les conditions voulues, c'est-à-dire avec deux courbures bien prononcées et un mésocôlon assez lâche. Le cadavre ayant été incliné sur le côté droit, on a vu l'S iliaque basculer dans sa première portion au-devant de la deuxième.

C'est là le premier temps du mécanisme; quant au deuxième, MM. Léger et Rendu disent n'avoir pu réussir à le reproduire ni par l'insufflation ni par tout autre moyen.

En nous appuyant sur les faits qui précèdent, faits d'ordre anatomique ou expérimental, nous nous croyons fondé à donner de la pathogénie du volvulus de l'S iliaque l'interprétation suivante :

La première des conditions qui s'impose avant toutes les autres pour que la torsion devienne possible, c'est le relâche-

ment du mésocôlon iliaque. Si le mésocôlon forme en outre un pédicule très-étroit coïncidant avec une anse d'une longueur notable, la torsion se produira plus facilement encore. Toutefois, il est certain que ces conditions peuvent exister longtemps sans donner lieu à aucun accident. Chez le nouveau-né notamment, dont l'S iliaque s'étend souvent jusqu'à la région cœcale, les phénomènes d'étranglement par le fait de la torsion n'ont jamais été signalés. Il est probable même qu'avec une torsion modérée (demi-tour par exemple) la circulation des matières peut ne pas être interrompue. Leichtenstern rapporte avoir observé sur le cadavre d'un enfant de 11 ans l'S iliaque à l'état de demi-torsion, et cependant celui-ci n'avait pas eu de son vivant de la constipation. Il suffisait d'insuffler le côlon descendant pour rendre à l'intestin sa direction normale; le même phénomène se produisait sans doute au passage des matières. Dans ce cas, on avait probablement affaire à une disposition anormale et congénitale de l'S iliaque et de son mésocôlon, et l'on comprend que, la constipation ne s'étant pas encore produite, il n'y ait pas eu d'accidents d'étranglement.

Mais chez l'adulte il en est tout autrement. Alors que la direction anormale de l'intestin soit le fait ou non d'un vice congénital, il y a à tenir compte de ce facteur important : la constipation. Celle-ci agira seulement avec plus d'efficacité sur l'intestin congénitalement déplacé que sur un intestin normal; elle aura moins de difficulté à produire le renversement de l'intestin dans le premier cas, mais elle n'aboutira pas moins sûrement à ce résultat dans le deuxième au bout d'un temps plus ou moins long.

Comment agira la constipation sur l'intestin? de deux façons : 1° en distendant graduellement l'S iliaque; 2° en paralysant le pouvoir de contraction de ses fibres musculaires.

Or, au fur et à mesure que l'anse se dilate progressivement, le mésocôlon se trouve entraîné, participe peu à peu à son tour à l'élongation et a pour effet de rendre les deux courbures normales de l'intestin beaucoup plus prononcées.

Dès lors, le sujet étant placé dans des conditions anatomiques favorables pour la production du phénomène, si l'on suppose l'anse remplie de matières stercorales, il y aura augmentation non-seulement de son volume mais encore de son poids. Qu'un mouvement brusque de gauche à droite survienne alors, surtout le sujet étant couché ou dans une position presque horizontale, la première portion tournera autour de la deuxième, amenant dans son mouvement la fin du côlon descendant en avant de l'origine du rectum.

C'est là le premier temps du mécanisme; il n'en faut pas quelquefois davantage pour donner lieu à une attaque d'étranglement, comme le démontrent les cas de Busk, d'Easton et de Charcot.

Nous avons montré, en relatant les expériences qui avaient été tentées pour produire la torsion, que ce premier degré a pu être reproduit expérimentalement. Il a suffi pour cela de réaliser toutes les conditions que nous venons d'énumérer. Ce fait expérimental venant à l'appui de notre théorie la confirme donc en tout point.

Le même mécanisme sera bien entendu applicable à la torsion survenant chez les sujets dont l'S iliaque présente quelque disposition anormale et congénitale; le phénomène pourra seulement en être rendu plus facile.

Comment expliquer maintenant le deuxième temps de la torsion? Il est rare, en effet, que l'intestin s'arrête dans son évolution après avoir accompli un demi-tour sur lui-même, il est rare du moins que les accidents mortels se produisent par le fait de la simple demi-torsion.

D'un autre côté, il est probable que chez les sujets qui

ont eu antérieurement des accidents d'occlusion ayant cédé à un traitement anodin, la portion d'S iliaque momentanément déplacée aura pu revenir à sa place parce que les conditions nécessaires à la production du renversement n'étaient pas très-prononcées.

Pour expliquer le deuxième temps de la torsion, nous en sommes réduit à des hypothèses, le phénomène n'ayant pu être reproduit expérimentalement sur le cadavre. Toutefois, il ne nous paraît pas impossible de donner une explication tout au moins vraisemblable du mécanisme (2e temps) en nous appuyant sur un fait d'anatomie physiologique.

L'expérience de Van Mons citée ci-dessus nous apprend en effet qu'en insufflant de l'air dans le cœcum, cet expérimentateur a pu déterminer le renversement complet de l'ampoule cœcale vers le côlon transverse. Ne peut-on pas comparer ce qui se passe dans l'S iliaque distendue par les gaz à l'action de l'air insufflé dans une autre partie du gros intestin? L'analogie nous semble d'autant plus admissible que l'S iliaque se trouve comme paralysée par la distension extrême de ses parois et, à ce point de vue, peut être assimilée en quelque sorte à l'intestin sur le cadavre.

Si l'on tient compte en outre de la situation des deux points fixes supérieur et inférieur, savoir : le rectum (extr. sup.) et le côlon descendant (extr. infér.), on comprendra que la partie intermédiaire mobile sera attirée en sens opposé à ses deux extrémités, et que l'action des gaz se combinera jusqu'à un certain point avec ces deux forces de traction opposées.

Peut-être la pression des parois abdominales, dont Melchiori, dans une de ses expériences a fait connaître l'influence sur l'anse déjà tordue, devrait-elle être invoquée comme autre cause d'ordre mécanique. Du concours de ces

diverses causes résulterait, selon nous, l'achèvement de la torsion, laquelle, en vertu des mêmes lois, pourrait dépasser un tour entier et aller jusqu'à un tour et demi.

---

## CHAPITRE III

### SYMPTOMATOLOGIE

Dans la partie historique, nous avons esquissé à grands traits les diverses phases qu'avait traversées le problème du diagnostic du volvulus de l'S iliaque depuis Rokitansky jusqu'à nos jours. Nous avons montré combien les connaissances anatomo-pathologiques avaient profité à l'étude des symptômes.

Néanmoins, que de lacunes restaient encore à combler après les travaux de Duchaussoy, Besnier, Melchiori !

Les signes tirés du siège de la douleur, de la forme du ventre, étaient en effet loin d'avoir toute l'importance qu'on leur supposait. Avec Léger et Rendu, le diagnostic acquérait sans doute un peu plus de précision ; avant eux, Larguier des Bancels, en appelant l'attention sur l'étude des antécédents et sur les caractères du ballonnement, s'était efforcé de dégager d'une symptomatologie trop générale les particularités qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic spécial. Mais c'était encore trop peu pour que l'on pût reconnaître le volvulus de l'S iliaque autrement que par voie d'exclusion. L'absence de signes pathognomoniques était pourtant compensée par les progrès accomplis dans la

symptomatologie spéciale aux autres variétés d'étranglement. C'est ainsi que, grâce aux travaux de Parise, de Henrot, l'étranglement interne proprement dit et la classe importante des pseudo-étranglements recevaient des éclaircissements dont devait profiter dans une certaine mesure le diagnostic des occlusions du gros intestin. Au point de vue de la détermination du siège, les signes indiqués déjà depuis longtemps par Laugier, Amussat, Cossy, acquéraient eux-mêmes plus de valeur par suite des indications nouvelles tirées de la marche et de la forme des symptômes généraux (Bellon, Bulteau) ainsi que de l'exploration rectale, préconisée par Simon de Heidelberg. Il était dès lors plus aisé de découvrir le siège de l'occlusion; celle-ci pouvait être mieux localisée et conséquemment devenait moins difficile à déterminer dans sa nature.

Dans ces dernières années, Leichtenstern signalait les évacuations diarrhéiques fréquentes et parfois sanguinolentes comme un signe d'une certaine valeur quand il s'observerait au début de l'occlusion ou peu de temps après, en dehors d'autres symptômes caractéristiques de l'invagination. Ce serait là un signe extrêmement important, de même que le ténesme rectal indiqué par Faucon (d'Amiens) et plus récemment encore par M. Polaillon. Enfin, le tableau symptomatique le plus complet paru jusqu'à ce jour est dû au professeur Potain; en tenant compte des considérations émises avant lui relativement à l'âge du sujet, à certains désordres intestinaux antérieurs, à l'examen du ventre, au toucher rectal et à l'évolution des accidents, M. Potain a fait, peut-on dire, mieux que ses prédécesseurs.

En l'absence d'un signe constant et absolument pathognomonique, il a compris que le diagnostic ne pouvait acquérir de grandes probabilités sinon une certitude absolue qu'à la condition d'être basé sur la réunion des signes les plus importants par leur fréquence et leur valeur propre.

Cette manière de voir est celle dont nous nous inspirerons nous-même dans notre essai de description symptomatique du volvulus de l'S iliaque.

Coordonner les nombreux matériaux disséminés dans les diverses publications, rassembler les indications statistiques de fréquence, d'âge, de sexe, ainsi que les particularités relatives aux antécédents, aux signes les plus fréquents, à leur mode d'apparition, à la marche des phénomènes généraux, etc., tel sera l'objet de nos recherches.

D'autre part, dans le tableau synoptique suivant, nous ferons entrer les particularités se rapportant à la symptomatologie dans les treize observations rapportées plus haut : cette œuvre personnelle sera, nous l'espérons, un complément utile des résultats statistiques que nous aurons puisés à d'autres sources en vue du diagnostic.

Dans le tableau qui précède, nous avons transporté, d'une part, les résultats du dépouillement de nos observations par rapport : 1° au sexe ; 2° à l'âge ; 3° aux antécédents morbides, etc. ; d'autre part, les diverses particularités se rapportant à chaque cas observé et relatives à la fois au sexe, à l'âge, aux antécédents morbides, au début de la maladie, à la forme du ventre, etc.

Des faits mis ainsi en relief sous forme de tableau synoptique quelle conclusion pratique tirer? C'est ce que nous allons examiner en reprenant la synthèse de ces faits, c'est-à-dire en condensant les résultats statistiques et les interprétant au point de vue clinique.

*Fréquence.* — Le volvulus de l'S iliaque n'est pas aussi rare qu'on l'a dit. Follin et Duplay notamment reconnaissent un certain degré de fréquence à cette lésion.

Si Rokitansky a pu affirmer que les portions ascendante et transverse sont les segments du côlon les plus sujets à se

| OBSERVATIONS | SEXE | AGE | ANTÉCÉDENTS MORBIDES | DÉBUT DE LA MALADIE | FORME DU VENTRE CARACTÈRES DU BALLONNEMENT | PALPER ABDOMINAL | ÉTAT des RÉGIONS HERNIAIRES | ÉTAT DE L'ANUS EXPLORATION RECTALE 1° Avec la main. 2° Avec la sonde ou les lavements. | ÉTAT DES SELLES | VOMISSEMENTS | SIÈGE de la DOULEUR INITIALE | TÉNESME RECTAL | ÉTAT de la RESPIRATION | MARCHE DURÉE DE LA MALADIE | CAUSE IMMÉDIATE DE LA MORT | DIAGNOSTIC *(ante mortem)* | TRAITEMENT MÉDICAL | OPÉRATIONS PRATIQUÉES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| POTAIN | Femme | 38 ans | Pas de péritonite. Pas de fièvre typhoïde. Pas de dysenterie. — Constipation opiniâtre depuis 2 ans. | Non soudain. — Apparition de douleurs très-vives autour et au-dessous de l'ombilic au 7e jour de la suppression des selles. | Ballonnement du ventre plus marqué au voisinage de l'ombilic. — Proéminence de la partie centrale. Affaissement de l'épigastre et des flancs. | | | | Pas de selles ni de gaz par l'anus. | Point de vomissements. | Douleurs autour et au-dessous de l'ombilic persistant depuis le début des accidents jusqu'à la veille de la mort. | | | Période de constipation de 7 jours avant l'apparition des douleurs. — Mort le 6e jour après les douleurs primitives, dans le collapsus avec refroidissement des extrémités | La mort a été occasionnée par la persistance de l'occlusion. | Volvulus par torsion de la fin de l'iléon. | Purgatifs par la bouche et sous forme de lavements. — Glace à l'intérieur et sur le ventre. — Faradisation de la paroi abdominale pendant 10 minutes. | |
| POTAIN | Homme | 33 ans | Pas de maladie antérieure. — Constipation habituelle, très rebelle 4 an auparavant. | Constipation opiniâtre | Ballonnement du ventre avec proéminence un peu au-dessus de la région ombilicale. Distension uniforme étendue jusqu'aux flancs. | | | Rien au toucher rectal. | Pas d'évacuations. | Point de vomissements. | Pas de point douloureux. | | Dyspnée légère. | État général peu altéré — Terminaison brusque. | La mort est survenue par le fait de l'occlusion. | Volvulus de l'extrémité du gros intestin. | Lavements purgatifs. | |
| LÉGER | Femme | 51 ans | Constipation depuis longtemps. — Les matières ont parfois présenté des stries de sang et un vernis rougeâtre. | Vomissements, diarrhée, suppression des selles. | Ballonnement progressif. — Distension extrême mais uniforme du ventre. | | Pas de trace de hernie. | Sensation d'un point résistent, resserré à la partie supérieure du rectum. | Pas de selles ni de gaz par l'anus. | Vomissements verdâtres, bilieux au début, réapparaissant le 5e jour et le 8e jour pour devenir incessants le 9e jour. — Non fécaloïdes. | | | Respiration courte et fréquente lors du 1er examen de la malade | Mort le 10e jour après une aggravation de l'état général au 9e jour. | Péritonite avec épanchement purulent et fausses membranes dans le cul-de-sac postérieur. | Obstruction par altération organique de l'intestin. | Purgatifs. | |
| LÉGER | Homme | 51 ans | Constipation habituelle | Douleurs dont le siége n'a pas été déterminé. | Ballonnement considérable du ventre plus saillant dans sa moitié droite. | Ventre peu sensible à la pression. | Pas de tumeur au niveau des anneaux. | | | Pas de vomissements. — Le malade vomit le dernier jour (10e) pour la 1re fois. | | | | Mort le 10e jour. — Face grippée et extrémités froides à la fin de la maladie. | Le malade a succombé par le fait de l'étranglement. | Occlusion intestinale. | Purgatifs par la bouche et en lavements. — Opium et glace sur le ventre. Douches ascendantes. | Entérotomie iliaque droite. — Mort le lendemain. |
| MELCHIORI | Homme | 45 ans | Coliques fréquentes avec ballonnement du ventre et constipation depuis 6 mois | Coliques après un repas copieux et l'ingestion d'une assez grande quantité d'eau | Ballonnement considérable et progressif. | | | | Pas de selles. | Pas de vomissements. | | | | Marche très-rapide, mort 68 heures après le début de la maladie. | La distension considérable de l'abdomen accompagnée de souffrances très-vives a pu hâter la mort. | | Purgatifs | |
| MELCHIORI | Homme | 39 ans | Coliques avec ballonnement du ventre depuis 5 ans. | Coliques très-violentes après un repas copieux de viande de porc. | Ventre très-distendu. Relief plus marqué en certains points de la région iliaque gauche vers l'ombilic et la région épigastrique. | | | | Pas de selles. | | | | Géne de la respiration dès le 3e jour. | Marche très-rapide ; mort 64 heures après le début de la maladie. | La distension énorme du ventre suivie de gêne respiratoire et d'agitation extrême a pu être cause de la rapidité de la mort. | | Purgatifs | |
| W. SPENCER | Homme | 65 ans | Constipation habituelle. | Douleurs subites, surtout à la région ombilicale. — Suppression des selles. | | Tumeur sentie au flanc droit et à la région hypogastrique, mate à la percussion, très-sensible à la pression. | Double hernie scrotale à gauche, inguinale à droite. — Aucune n'a été réduite depuis 2 ou 3 ans. | Le lavement est toujours rejeté aussitôt que 8 ou 10 onces de liquide ont été injectées. | Pas de selles, si ce n'est au 8e jour où il y a eu rejet de quelques petites scybales. | Vomissements très-fréquents. | Douleur localisée surtout à la région ombilicale. | | | Durée : 9 jours environ. — Une semaine après les premiers accidents, le malade était dans une très-grande prostration. | L'opération pratiquée au sac de la hernie inguinale gauche a peut-être un peu hâté la mort du malade, qui serait survenue certainement par le fait de la persistance de l'étranglement. | Incertain relativement à la nature de l'occlusion. | Lavement huileux. | Incision exploratrice dans le sac de la hernie inguinale gauche, laquelle fut prolongée en haut à travers l'anneau inguinal interne. Les tentatives du chirurgien durent être abandonnées à cause de l'état grave du malade. Mort le lendemain de l'opération. |
| POLAILLON | Homme | 60 ans | | Douleur assez vive au côté gauche de l'abdomen. — Pas de selles ni de gaz par l'anus. | Ballonnement considérable et régulier dès le 3e jour. — Le ballonnement persiste malgré l'ouverture de l'intestin. | Douleur à la pression seulement à la fosse iliaque gauche. — Submatité à cette région. | Régions herniaires intactes. | Rien au toucher rectal. | Pas d'évacuation de matières ni de gaz. Le 5e jour, écoulement par l'anus d'une faible quantité de mucosités sanguinolentes, se reproduisant le 6e jour. | Pas de vomissements. | Douleur maximum au niveau de la fosse iliaque gauche. | Le 3e jour, besoins incessants d'aller à la selle toujours infructueux. Le 9e jour ces besoins infructueux d'aller à la selle ne laissent pas de repos au malade. | Au 4e jour de la maladie un peu de gêne de la respiration par suite du ballonnement. | Durée 15 jours. Les accidents ont suivi une marche ascendante jusqu'à ce que l'aggravation de l'état général a été révélée par le refroidissement des extrémités. | La mort a été occasionnée par le fait de l'étranglement. | Occlusion du gros intestin due probablement à un volvulus de l'S iliaque. | Lavements purgatifs. — Electrisation de l'abdomen. — Glace sur le ventre. | Laparatomie iliaque gauche le 5e jour de la maladie, sans résultat, suivie de la création d'un anus artificiel qui ne laisse au malade que 10 jours de suivie |
| BAYON | Homme | 56 ans | Pas de maladie antérieure. — Constipation. | Douleur brusque très vive dans la fosse iliaque gauche, en soulevant une charge très-lourde. | Ballonnement uniforme du ventre. Tympanisme généralisé sauf dans la région iliaque gauche et le flanc gauche. | Sensibilité très-vive seulement dans la région iliaque gauche et le flanc gauche. | | Anus rétréci et enfoncé. | Pas d'évacuations. | Pas de vomissements. | Douleur très-vive au début dans la fosse iliaque gauche. | | | Début brusque. Mort rapide vers le 5e jour. Dès le 3e jour, face grippée, traits altérés, peau froide, pouls misérable. | L'occlusion de l'S iliaque est la cause de la mort. | Non indiqué. | Lavements purgatifs. — Purgatifs par la bouche. — Frictions mercurielles | |
| PRIOLEAU *(Obs. de l'hôpital Saint-André.)* | Homme | 58 ans | | Constipation. Ballonnement progressif du ventre. | Météorisme considérable, surtout dans la région ombilicale. — Lors de la rechute, ballonnement considérable très-précoce. | Douleur peu intense à la fosse iliaque gauche. | Pas de hernie. | Le toucher rectal ne donne aucun renseignement. Le cathétérisme rectal avec la sonde a donné lieu à la sensation d'un choc au niveau de l'ombilic. La sonde était arrêtée à 0,20 cent. avant que l'obstacle eût pu être franchi. | Pas de selles ni de gaz par l'anus jusqu'à ce que la sonde a eu pénétré. — Lors de la rechute, suppression des selles. | Pas de vomissements. — Si ce n'est à la rechute ; ceux-ci sont alors légèrement fécaloïdes. | | | Au premier examen du malade (13e jour) la gêne respiratoire est considérable. — Dès la rechute du malade, la dyspnée réapparaît rapidement augmentant les jours suivants malgré les ponctions abdominales. | Marche progressive mais relativement lente des accidents. — La marche est plus aiguë lors de la rechute, car le 7e jour la face est déjà grippée et la mort survient le lendemain. | Cause de la mort : la persistance du volvulus. | Obstruction intestinale par collection de matières fécales durcies. | Ponctions aspiratrices — Purgatifs par la bouche et en lavements — Strychnine à l'intérieur — Electrisation des parois abdominales. — Cathétérisme rectal. | |
| L. BLONDEAU | Homme | 63 ans | | Constipation. | | | | | | | | | | Durée 16 jours. — Au 10e jour l'état du malade est si grave que la laparatomie est jugée nécessaire. | Cause de la mort : Péritonite survenue brusquement 3 ou 4 jours après l'opération. | Occlusion intestinale. | Moyens médicaux d'usage en pareil cas. | Gastrotomie le 10e jour de la maladie. |
| OULMONT | Homme | | Les accidents actuels s'étaient reproduits il y a 5 ans. | Constipation opiniâtre | Ballonnement excessif. La sonorité s'étendait jusqu'aux gouttières vertébrales. | | | Les lavements ne peuvent pénétrer. — Il est impossible d'introduire une canule dans le rectum. | Suppression des selles | Pas de vomissements. | | | Dyspnée modérée malgré le ballonnement rapide et considérable. | Marche rapide. La durée de la maladie n'a pas excédé 6 jours. | Cause de la mort : La persistance de l'occlusion avec distension considérable de l'S iliaque et du côlon descendant. | | Purgatifs répétés. | |
| FAUCON | Homme | 60 ans | | Constipation. Coliques violentes. Ténesme rectal. | Ballonnement considérable du ventre en quelques heures. | Au début, intumescence légère et sensibilité peu vive de la région du flanc droit. | Hernie inguinale droite facilement réductible. | Les lavements ne peuvent pénétrer facilement. | Pas de selles. | Les vomissements n'apparaissent qu'après l'administration d'un purgatif, et alors ils sont d'abord alimentaires et bilieux puis fécaloïdes. | Légère sensibilité à la région du flanc droit. Douleurs violentes à l'hypogastre, surtout au niveau de la fosse iliaque droite mais le 4e jour seulement après l'administration du purgatif. | Ténesme rectal très-aigu. | Gêne respiratoire excessive le 4e jour coïncidant avec le ballonnement du ventre qui avait été considérable en quelques heures. | Durée 4 jours. — Apparition brusque des accidents le 4e jour, c'est-à-dire quelques heures seulement avant la mort. | Cause de la mort : Péritonite suraiguë qui emporte le malade en moins de 12 heures. | Irritation du cœcum par accumulation de matières fécales. | Purgatif Glace à l'intérieur. Onctions belladonnées Lavement purgatif Lavements émollients projetés avec force. | |

tordre, son opinion basée sur un nombre de faits insignifiants ne saurait prévaloir contre celle de Léger, Duchaussoy et Besnier, lesquels sur trente-deux cas de volvulus en ont trouvé vingt-deux au gros intestin dont onze à l'S iliaque.

Ces chiffres concordent assez bien avec ceux de Leichtenstern, à qui nous devons la statistique la plus considérable : sur 76 observations de torsions intestinales réunies par Leichtenstern, quarante-cinq fois la torsion siégeait au niveau de l'S iliaque. Melchiori, précédemment, avait affirmé de son côté n'avoir pas eu de peine à réunir un certain nombre de cas (10) semblables à ceux à l'occasion desquels il publia son mémoire.

Enfin, notre statistique bien que peu importante par le nombre des cas observés comprend quelques observations récentes où nous avons puisé à notre tour d'utiles renseignements.

*Sexe.* — Duchaussoy a remarqué une prédominance assez considérable du sexe masculin (16 sur 21). Telle est aussi la remarque de Leichtenstern, que viennent confirmer nos propres recherches sur ce point : sur 13 cas en effet portés à notre tableau, nous n'en avons trouvé que 2 où le volvulus ait été observé chez la femme.

*Age.* — Tous les auteurs sont unanimes à reconnaître que le volvulus de l'S iliaque est une affection de la vieillesse ou tout au moins de l'âge adulte : ce point extrêmement important a été bien mis en lumière par Leichtenstern. En effet, sur 34 cas réunis par cet observateur,

| | | |
|---|---|---|
| 20 | se sont produits | entre 45 et 60 ans. |
| 7 | — | au delà de 60 ans. |
| 6 | — | entre 28 et 40 ans. |
| 1 | s'est produit | chez un enfant de 10 ans. |

Les sujets étaient tous d'un âge mûr, dit M. Rendu dans son rapport sur le travail de M. Léger.

Les malades les plus jeunes, tels que ceux de Buk et d'Easton, n'avaient pas moins de 28 ans. Voici quel serait, d'après nos observations, le degré de fréquence suivant les âges :

| | |
|---|---|
| Avant 30 ans..... | 0 cas ; |
| de 30 à 40 ans..... | 2 cas ; |
| de 40 à 50 ans..... | 1 cas ; |
| de 50 à 60 ans..... | 5 cas ; |
| de 60 à 65 ans..... | 4 cas ; |
| après 65 ans ..... | 0 cas. |

*Antécédents morbides.* — L'étude des antécédents, d'après Larguier des Bancels, apprend que les malades ont souvent eu des attaques antérieures d'étranglement interne consistant surtout en douleurs abdominales et en constipation opiniâtre, le plus ordinairement sans vomissements. Ces crises auraient un mode de terminaison particulier ; elles se termineraient généralement, après la cessation des douleurs, par un gargouillement accompagné de mouvements intestinaux, auquel succéderait bientôt une véritable débâcle libératrice. Les malades accuseraient en outre pendant quelques jours une douleur peu aiguë en un point de l'abdomen en même temps qu'ils seraient dans un état de prostration générale.

De son côté, M. Potain regarde comme à peu près constante l'existence d'une période de constipation habituelle précédant d'une ou plusieurs années l'attaque actuelle de volvulus ; il attribue encore aux coliques violentes que l'on retrouve souvent dans les commémoratifs du malade la valeur d'un accident prémonitoire.

Ces signes que nous considérons nous aussi comme prodromiques ont été relevés par nous un certain nombre de fois dans le tableau ci-dessus.

Ainsi la constipation a été trouvée habituelle sept fois (obs. 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9), rebelle à des périodes détermi-

nées ; depuis deux ans (obs. 1), un an auparavant (obs. 2), cinq ans auparavant (obs. 12).

Dans un cas nous avons noté des coliques fréquentes avec ballonnement du ventre et constipation depuis six mois (obs. 5) ; dans un autre, des coliques avec ballonnement du ventre depuis cinq ans (obs. 6) ; une fois les accidents actuels avaient été reproduits il y a cinq ans (obs. 12) ; dans un cas enfin (obs. 3) a été signalé ce fait que les matières ont parfois présenté des stries de sang et un vernis rougeâtre.

*Début de la maladie.* — Le mode de début doit être examiné au double point de vue de la nature des symptômes et de leur plus ou moins de soudaineté.

Tandis que Larguier des Bancels croit à l'apparition constamment brusque des accidents, M. Potain estime que ceux-ci peuvent parfois débuter moins brusquement et être précédés de phénomènes prémonitoires (douleurs, évacuations dyssentériformes.

Relativement à la nature des accidents initiaux, ceux que nous avons rencontrés le plus fréquemment sont la douleur et la constipation. Le ténesme rectal n'a été signalé que deux fois. Il est rare toutefois que ces divers symptômes se soient présentés isolément. Voici quelques indications relatives à la fréquence et au siège de la douleur, ainsi qu'à l'ordre dans lequel se sont succédé les symptômes du début :

*Symptômes du début.*

| | |
|---|---|
| Douleur | Très-vive périombilicale (obs. 1 et 7) |
| | » dans la fosse iliaque gauche (obs. 9) |
| | Assez vive au côté gauche de l'abdomen (obs. 8) |
| | A siège indéterminé..... (obs. 4) |
| | Coliques après repas copieux..... (obs. 5 et 6) |
| | » violentes..... (obs. 13) |

Constipation : (obs. 2, 7, 8, 10, 11, 12.)
après vomissements et diarrhée (obs. 3.)
avant les douleurs..... (obs. 1.)
en même temps que coliques violentes et ténesmes rectal (obs. 13.)

Ténesme rectal : 3e jour de la maladie (obs. 8.)
avec constipation et coliques violentes (obs. 13.)

La soudaineté du début est encore un caractère que nous avons retrouvé d'une façon presque constante. Dans quelques cas il a été possible de découvrir la cause probable : en effet deux fois les coliques se sont produites à la suite d'un repas copieux ou indigeste (obs. 5 et 6); et une fois la douleur s'est fait sentir pendant un effort (obs. 9).

Dans les autres cas on a signalé seulement une douleur brusque et localisée (obs. 7 et 8) au lieu de la soudaineté dans les accidents initiaux (obs. 3, 10, 13).

*Forme du ventre, caractères du ballonnement.* — Le ballonnement du ventre, on le sait, présente des caractères différents suivant le siège de l'obstruction. Laugier, qui le premier a bien décrit ces différences dans la forme de l'abdomen, a indiqué la distension énorme des flancs dès le début comme caractéristique de la localisation de l'occlusion à l'S iliaque.

Gay n'a pas exprimé une idée différente lorsqu'il a dit que le côté abdominal gauche était fortement distendu et tympanisé. Ce signe de Laugier, s'il était constant, pourrait, à coup sûr, surtout dès le début, faire préjuger du siège sinon de la nature de l'étranglement.

Coexistant avec la rapidité et l'intensité du ballonnement (ce dernier caractère a été indiqué par Larguier des Bancels), il serait d'une importance considérable pour le diagnostic. Mais nos recherches nous apprennent qu'il en est autrement.

Voici en effet ce qui découle de l'analyse de nos observations :

Le ballonnement du ventre a été régulier dans sept cas (obs. 3, 5, 8, 9, 10, 12, 13), irrégulier dans quatre cas, une fois avec proéminence de la partie centrale et affaissement de l'épigastre et des flancs (obs. 1), une fois avec proéminence un peu au-dessus de la région ombilicale et distension uniforme jusqu'aux flancs (obs. 2), une fois plus saillant dans la moitié droite (obs. 4), une fois avec relief plus marqué en certains points de la région iliaque gauche vers l'ombilic et l'épigastre (obs. 6).

D'autre part nous n'avons pas trouvé le ballonnement rapide et considérable dans tous les cas. Il a eu huit fois une marche progressive (obs. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10). Il s'est montré précoce trois fois : dès le troisième jour (obs. 8), dès le début à l'occasion d'une rechute (obs. 10), en quelques heures (obs. 13).

Il a enfin atteint des proportions considérables, soit rapidement, soit progressivement, dans huit cas (obs. 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 13).

Comme on le voit, tout est irrégularité dans les caractères du ballonnement : De sorte que le signe le moins incertain serait peut-être l'absence du relief en fer à cheval, sur lequel a été surtout basé le diagnostic différentiel des occlusions du gros intestin, coïncidant avec un développement énorme et assez rapide du ventre.

*Palper abdominal.* — Une tuméfaction limitée avec une légère matité à la percussion perçue en un point déterminé de l'abdomen nous paraîtrait être un signe assez important de cette affection, si celui-ci se trouvait corroboré par la distension précoce et considérable des autres parties du ventre. Malheureusement la tuméfaction locale disparaît de bonne heure le plus souvent sous le développement énorme de

l'abdomen. Il serait utile de différencier cette tuméfaction, si on pouvait la constater, de la tumeur bien circonscrite et mobile de l'invagination. Elle serait due, d'après Larguier des Bancels, à ce que le mouvement de torsion a pour effet d'appliquer ses parois l'une contre l'autre sur une certaine étendue au-dessus et au-dessous du point de l'étranglement ; le contenu gazeux étant chassé des points où a lieu l'accolement des parois, il en résulterait une sensation de rénitence et une submatité appréciables.

Quels sont les renseignements fournis par le palper abdominal qui se dégagent de notre tableau?

Une fois a été constaté un peu de sensibilité du ventre à la pression (Obs. 4); une fois une tumeur a été perçue au flanc droit et à la région hypogastrique, elle était mate à la percussion, très-sensible à la pression (Observation 7). Une fois il y avait douleur à la pression à la fosse iliaque gauche avec submatité à ce niveau (Obs 8). Dans un cas existait un tympanisme généralisé sauf dans la région iliaque gauche et le flanc gauche, avec sensibilité très-vive à ces dernières régions (Obs. 9).

Une observation a révélé l'existence d'un météorisme très-prononcé à la région ombilicale en même temps qu'une douleur peu intense à la fosse iliaque gauche (Obs. 10).

Enfin dans un autre cas on a noté une intumescence légère avec sensibilité peu vive de la région du flanc droit.

Il serait difficile de déduire une conclusion vraiment pratique des résultats si dissemblables fournis par le palper abdominal. Néanmoins nous ne considérons pas ce mode d'exploration comme tout-à-fait inutile. N'aurait-il qu'une valeur absolument négative, il servirait encore à circonscrire de plus près le diagnostic et devrait, à ce titre, être toujours utilisé. Mais sa signification nous paraît devoir être moins

restreinte; car, même en l'absence de la fixité du siège, la tuméfaction localisée sur un point variable de l'abdomen (fosse iliaque gauche, flanc gauche, flanc droit) et s'accompagnant de matité, de sensibilité plus ou moins vive a la pression, n'indique-t-elle pas au milieu d'un météorisme précoce des autres régions de l'abdomen que la lésion a son siège vers l'extrémité inférieure du gros intestin? Que la possibilité d'un volvulus de l'S iliaque, à laquelle il est permis de songer quand on a éliminé l'obstruction cavitaire par matières stercorales et l'invagination, fasse découvrir quelque autre signe confirmatif et l'on aura déjà de fortes présomptions en faveur d'une torsion de l'S iliaque.

*Examen des régions herniaires.* — Notre tableau ne porte seulement que deux cas de volvulus ayant évolué chez des malades atteints en même temps de hernie; encore dans ces deux cas les hernies n'avaient-elles pas le même siège, car il s'agissait d'une part d'une hernie inguinale droite et d'autre part d'une hernie double, scrotale à gauche, inguinale à droite. Nous ne pouvons par conséquent conclure de notre statistique à une relation de siège entre les hernies et le volvulus de l'S iliaque, comme l'a fait Duchaussoy dans son mémoire sur les relations des hernies avec les étranglements internes. Nous avons déjà mentionné dans l'historique cette particularité que Duchaussoy se basant sur une statistique de 39 cas avait trouvé trente-cinq fois la présence de la hernie assez étroitement liée au siège de l'étranglement interne. C'est sous l'inspiration de ce fait que nous avons cru devoir indiquer l'état des régions herniaires. Bien que le précepte de Duchaussoy ne se trouve pas confirmé par nos recherches, nous n'aurons garde de nous hâter de conclure dans un sens opposé à cet auteur. Ce sera aux statistiques ultérieures à établir la valeur d'une telle relation au point de vue du diagnostic.

ÉTAT DE L'ANUS. — EXPLORATION RECTALE : 1° par le toucher; 2° par les lavements; 3° par le cathétérisme avec la sonde; etc.

*Etat de l'anus.* — En étudiant l'état de l'intestin au dessus et au-dessous de l'étranglement, nous avons vu que le rectum avait été trouvé généralement vide, rétréci et l'anus parfois relevé. Si la fréquence de ce dernier caractère venait à être constatée, on comprend de quelle utilité il serait pour le diagnostic du volvulus de l'S iliaque. On possèderait un signe pour ainsi dire pathognomonique, d'autant mieux que dans l'invagination, loin d'être relevé, l'anus est au contraire relâché, peu résistant, ouvert même quelquefois.

Dans une de nos observations, l'anus était rétréci et enfoncé (Obs. 9). Il est à présumer que l'examen de l'anus a été négligé dans la plupart des cas et que c'est à cette omission qu'on doit de manquer de renseignements sur ce point.

*Exploration du rectum par le toucher.* — Ce mode d'exploration du rectum, qui porte le nom de méthode de Simon parce qu'il a été préconisé dans ces dernières années par G. Simon (de Heidelberg), consiste à pratiquer le toucher rectal en introduisant plusieurs doigts d'abord, puis la main entière disposée en forme de cône dans le rectum, le sujet étant préalablement chloroformisé.

Les difficultés d'une telle manœuvre s'expliquent par le degré de résistance du sphincter anal et par la disproportion de la circonférence du tube rectal vers son tiers supérieur (de 15 à 18 cent.) avec le périmètre de la main de l'opérateur (elle n'a pas moins de 20 cent.).

Les déchirures de l'intestin occasionnées par le fait de l introduction forcée de la main dans un tube membraneux très-peu extensible ne sont malheureusement pas rares ; le créateur de la méthode lui-même, Simon, a produit sur

le cadavre la déchirure de l'intestin au tiers supérieur en voulant faire pénétrer sa main profondément.

C'est la tunique musculaire qui serait d'abord intéressée, comme semblent l'attester les résultats des autopsies (Dr Sands, Dr T. Sabine).

Dans un cas de Weir *(médical Record, New-York*, 1875, p. 201) où l'exploration rectale fut pratiquée par la méthode de G. Simon pour un cas d'obstruction intestinale, la déchirure porta à la fois sur les tuniques musculaire et séreuse. Dans ce cas comme dans les autres elle se produisit au tiers supérieur du rectum.

De son côté, le Dr Dandridge dans une communication faite à la société médicale de Cincinnati (Bull. de thérap. juin 1876) rappelait 2 cas de mort après exploration du rectum avec la main.

Que penser d'une pratique aussi désastreuse et quel serait le meilleur parti à prendre à la fois dans l'intérêt du malade et pour la bonne réputation du chirurgien?

En présence des résultats malheureux que ne sauraient compenser les rares succès obtenus par quelques chirurgiens (Dr Leale de New-York; Dr de Sinety *(Manuel de Gynécologie*, p. 7*)* et Pozzi), nous pencherions volontiers vers l'abstention malgré l'extrême confiance de de Sinety dans une méthode avec laquelle il a été, dit-il, « surpris du peu de délabrement qu'elle produisait. »

Nous pensons, avec Peyrot, que dans l'occlusion intestinale l'introduction de la main doit être singulièrement gênée par la distension des anses abdominales; que, le danger d'une telle manœuvre en étant aggravé d'autant plus, son emploi doit être rejeté.

Toutefois, l'introduction de la main à une profondeur de 15 centimètres étant exempte de dangers sérieux, nous pensons qu'il y aurait avantage à tenter cette exploration non

brutale dans l'espoir d'atteindre comme dans un cas de Léger le siège de la constriction qui se trouve ordinairement vers l'extrémité supérieure du rectum.

Nos observations ne nous fournissent guère que des renseignements négatifs par le toucher rectal. Ainsi, dans trois cas où le toucher a été pratiqué (obs. 2, 8, 10), celui-ci a été absolument infructueux. Toutefois nous n'oublierons pas que une fois (cas de Léger), on a pu par ce moyen percevoir vers l'extrémité supérieure du rectum un point rétréci, resserré, lequel n'était probablement autre que le siège de la constriction,

On ne négligera donc pas à l'avenir de recourir à ce mode d'investigation ; nous pensons avec M. Potain que ce signe joint aux autres peut avoir quelque valeur.

*Exploration rectale par les injections d'eau.* — Les injections d'eau proposées depuis longtemps par Amussat pour déterminer le siège probable de l'occlusion nous paraissent constituer un bon moyen de diagnoctic particulièrement dans le cas de torsion de l'S iliaque. En effet, le gros intestin est-il libre dans la totalité ou dans une bonne partie de son trajet, le liquide pourra pénétrer assez loin, ce qu'on reconnaîtra à la quantité de liquide injecté et au relief notable formé par les divers segments du côlon.

Existe-t-il un obstacle vers la courbure sigmoïde ou à l'extrémité inférieure du côlon descendant, la quantité d'eau qui pourra pénétrer dans l'intestin sera beaucoup moindre. Enfin les injections ne pourront même pas pénétrer du tout si l'obstacle siège encore plus bas vers l'extrémité supérieure du rectum.

Ces résultats ne sont pas seulement théoriques, mais découlent des faits observés ; ils résultent aussi de trois de nos observations où il a été noté que les lavements avaient été rejetés aussitôt après une injection de huit ou dix gram-

mes de liquide (obs. 7) ou même qu'ils n'avaient pu pénétrer (obs. 12 et 13).

*Auscultation de l'intestin.* — En combinant l'auscultation de l'intestin avec l'injection d'une certaine quantité de liquide (Briquet et Velpeau) on a pu diagnostiquer le siège de l'obstacle. Ce mode d'exploration recommandé par M. Guyon n'a été mis en usage dans aucun des cas consignés dans notre tableau.

*Exploration rectale par le cathétérisme avec la sonde.* — Ce mode d'exploration fort usité nous paraît être particulièrement indiqué dans le volvulus de l'S iliaque. Ici en effet pas d'erreur possible d'interprétation relativement à la question de savoir si l'obstacle a été dépassé ou non. Les expériences cadavériques ont démontré que la sonde pouvait paraître avoir franchi le côlon descendant et être perçue même à la partie moyenne de l'abdomen sans qu'elle eût pénétré réellement aussi loin. La cause de cette erreur provient de ce que l'S iliaque se laisse déprimer et déplacer facilement, et c'est l'ignorance de ce fait qui fit croire à Wachsmusth qu'on pourrait avec des sondes pénétrer jusqu'à la valvule ileo-cœcale. Avant Wachsmusth et Simon, Streubel avait proposé ce mode d'exploration. A propos des cas de Léger, M. Rendu s'exprime en ces termes : « C'était là, il me semble, une indication de passer une sonde œsophagienne à travers le rectum, tentative qui malheureusement n'a pas été faite, car il était presque certain que là était l'obstacle aux matières fécales. En l'absence de sensation bien nette de cancer intestinal, ajoute-t-il, on ne pouvait craindre qu'une chose, c'est que la sonde ne pût franchir l'obstacle : dans le cas où elle l'eût dépassé, le résultat eût été forcément excellent, l'S iliaque se serait dégonflée instantanément et la malade eût été probablement guérie ».

M. Potain insiste à son tour sur l'utilité qu'il y aurait à

associer à l'injection de liquide l'introduction d'une sonde œsophagienne dans le rectum.

Malheureusement on doit compter avec la résistance opposée par les parois courbes de l'S iliaque, et il ne faut pas moins que toute l'habileté d'un chirurgien habitué à ces difficultés d'exploration pour distinguer la véritable nature de l'obstacle.

Il est vrai que ce signe tirera surtout son importance de la réunion de plusieurs autres signes plus ou moins caractéristiques. Cependant l'on reconnaîtra que dans un cas extrêmement intéressant (obs. 10) le cathétérisme rectal fut employé avec succès pour désobstruer l'intestin : la levée de l'obstacle s'en suivit et le malade aurait guéri parfaitement sans une rechute qui l'emporta peu de jours après la disparition des premiers accidents.

*Incision exploratrice de l'abdomen.* — Enfin, parmi les chirurgiens anglais, il s'en est trouvé d'assez hardis pour proposer la laparatomie exploratrice comme moyen de diagnostic. Et, chose digne de remarque, les opérateurs qui ont pratiqué cette opération dans le but seulement de s'éclairer sur la nature du mal n'ont pas eu à s'en repentir.

Nous aurons l'occasion de nous étendre longuement sur cette question dans le chapitre de la laparatomie : pour le moment il nous suffira d'avoir indiqué les modes d'exploration ordinaires, convaincu qu'à eux seuls ils seront suffisants dans la majorité des cas pour faire reconnaître la cause des accidents.

*Faradisation et ponction intestinale.* — La ponction de l'intestin a été préconisée dans le but de faciliter le diagnostic de l'occlusion. On a pensé avec raison, croyons-nous, qu'en combattant la distension de l'abdomen on se rendrait mieux compte du siège de la tumeur ou de la tuméfaction, que la localisation de la douleur provoquée serait mieux

déterminée, que les signes enfin si importants tirés de la forme du ballonnement et des autres manifestations du début acquerraient ainsi plus de précision.

La ponction multiple de l'intestin nous paraît très-apte à remplir cette indication. Il y aura toujours avantage à y recourir soit en vue du diagnostic, si exceptionnellement les autres signes n'étaient pas suffisants, soit dans le but de soulager le malade, de gagner du temps et de combattre la gêne respiratoire qui est rapide et précoce dans ces sortes d'occlusion. Quant à la faradisation, recommandée par Larguier des Bancels comme moyen de diagnostic souvent efficace dans certaines obstructions intestinales, nous ne voyons pas d'inconvénient à l'adopter nous aussi dans les cas douteux, en dehors bien entendu de toute complication inflammatoire. La persistance des accidents après l'emploi de l'électricité pourrait en effet faire pencher en faveur d'un volvulus de l'S iliaque si le diagnostic restait circonscrit entre ces deux hypothèses : volvulus ou engouement stercoral.

*Choc produit par la sonde au niveau de l'ombilic.* — Nous ne terminerons pas cette liste des procédés divers d'exploration sans signaler un signe non décrit jusqu'ici et sur la valeur duquel nous ne pouvons nous prononcer, celui-ci n'ayant été constaté qu'une fois. Nous voulons parler d'une sensation particulière de choc perçue sous la main autour de l'ombilic par M. Prioleau chaque fois que la sonde était poussée assez profondément.

La description de ce signe nouveau est rapportée avec détails dans l'observation 10. M. Prioleau fait remarquer que la sonde s'arrêtait à $0^{m}20$, et ce n'est, dit-il, qu'à partir du moment où elle a pu pénétrer au-delà et franchir par conséquent l'obstacle, qu'il lui a été donné de sentir le choc particulier signalé ci-dessus.

Etat des selles. — « Dans plusieurs cas, dit Leichtenstern, on a observé en même temps que les premiers symptômes d'occlusion ou immédiatement après eux, des évacuations diarrhéiques fréquentes et quelquefois sanguinolentes, de sorte que l'on a pu croire à une invagination. » Les évacuations liquides et parfois sanguinolentes constitueraient un symptôme assez fréquent dans le début du volvulus de l'S iliaque. Pour notre part, nous ne l'avons vu signalé dans nos observations qu'une seule fois (obs. 3); encore ne faisait-il pas partie des symptômes actuels. On pouvait le considérer plutôt comme un accident prémonitoire, car il figurait parmi les antécédents morbides du sujet.

Un caractère plus constant, c'est du moins ce qui résulte de nos observations, serait la suppression des selles, l'absence d'évacuations de gaz par l'anus. Une seule fois (obs. 10), grâce au cathétérisme rectal avec la sonde, on a pu observer l'expulsion d'une certaine quantité de matières fécales et de gaz.

Etat des urines. — On connaît la théorie de Barlow sur le rapport qui existerait entre la quantité plus ou moins grande d'urine excrétée et la hauteur de l'obstacle sur le tube intestinal. Besnier a, de son côté, cité des faits où cette loi serait en défaut. Quoi qu'il en soit des opinions émises pour expliquer le phénomène, en prenant pour base nos observations, nous sommes fondé à conclure que les urines ne seront ni supprimées ni même diminuées dans le volvulus de l'S iliaque.

Vomissements. — Les vomissements examinés au point de vue du moment de leur apparition, de leur nature et de leur fréquence, sembleraient avoir une valeur diagnostique considérable : conformément aux idées de Cossy (Mémoire sur une cause peu connue d'engouement interne de l'intestin. — Travaux de la *Soc. méd. d'obs.*, 3e vol. 1856) sur la

nature et la fréquence des vomissements par rapport au siège de l'obstruction, nous les avons trouvés tardifs, peu fréquents, très-rarement fécaloïdes ; ils ont même fait défaut absolument un certain nombre de fois.

Ainsi il y a eu absence de vomissements sept fois (obs. 1, 2, 5, 8, 9, 10, 12) ; une fois on a noté des vomisssments verdâtres, bilieux, non continuels si ce n'est à la fin (9$^{me}$ jour), mais jamais fécaloïdes (obs. 3).

Dans un cas les vomissements ont apparu seulement au 10$^{me}$ jour (obs. 4) ; une fois ils ont été très-fréquents (obs. 7).

Dans un cas de péritonite suraiguë complicative on a noté des vomissements alimentaires et bilieux, puis fécaloïdes (obs. 13).

Enfin des vomissements légèrement fécaloïdes ont apparu dans un cas où le sujet à peine guéri d'une première attaque de volvulus vit réapparaître les mêmes accidents et succomba (obs. 10).

Douleur initiale. — Sagès *(Mém. in journal de la Soc. de méd.,* t. VII) est le premier observateur qui ait insisté sur l'importance de la localisation de la douleur au point de vue de la connaissance du siège de la lésion.

Après lui, Besnier s'est livré à des recherches nombreuses à l'effet d'étudier le rapport existant entre le siège de la douleur et celui de l'obstacle.

Il résulte des observations qu'il a pu recueillir que dans plusieurs cas le siège de l'occlusion est indiqué pendant la vie, par une douleur *spontanée et persistante*, le plus souvent en un point de l'abdomen.

D'après Bulteau, la douleur observée au début des accidents permettrait de localiser avec précision le siège du mal.

Toutefois les exceptions à cette règle ne sont pas rares,

comme il semble résulter des faits cités par Hillon, Fagge, Ulmer, Bucquoy, Barth et Besnier; etc.

Dans le volvulus de l'S iliaque, ce signe ne pourra avoir la même valeur que s'il s'agissait d'un étranglement interne proprement dit. Cette opinion *a priori* nous vient de la connaissance de ce fait que les lésions du gros intestin sont moins douloureuses que celles de l'intestin grêle et que le renversement d'une portion étendue comme l'S iliaque n'est nullement comparable, au point de vue de la douleur, au pincement d'un point de l'intestin grêle ou à sa constriction par une bride, une adhérence, ni même son enroulement. Dans ce dernier cas la lésion porte sur un point précis, sur une surface peu étendue et sur une portion d'intestin très-sensible aux excitations et réagissant d'une façon énergique aux moindres impressions qu'elle reçoit en donnant lieu au phénomène douleur.

Néanmoins, la douleur initiale, quand elle se produit dans une occlusion du gros intestin, mérite jusqu'à un certain point d'être prise en considération; car, à supposer qu'elle n'émane pas précisément du siège de l'étranglement, elle n'en a pas moins une signification importante au point de vue du siège de la région dans laquelle se passent les phénomènes morbides.

Examinons si les faits viennent à l'appui de notre manière de voir :

Dans deux cas il y a eu des douleurs peri-ombilicales (Obs. 1 et 7). Dans deux autres cas la douleur s'est fait sentir avec le plus d'acuité dans la fosse iliaque gauche (Obs. 8 et 9).

Une autre fois la douleur siégeait encore dans la fosse iliaque gauche, mais seulement après la ponction de l'intestin (Obs. 10). Enfin une légère sensibilité au flanc droit a été notée pour un autre cas (Obs. 13).

Il est à remarquer qu'au siège de la douleur correspondait d'une façon à peu près constante un certain degré de matité contrastant avec la sonorité tympanique des autres parties de l'abdomen.

D'après ces quelques données, quelle valeur convient-il d'attacher au siège de la douleur primitive?

Si nous rapprochons les renseignements fournis par le symptôme douleur de ceux que nous a donnés le palper abdominal, nous sommes amené à conclure que lorsqu'une douleur spontanée assez aiguë sera ressentie au début d'une occlusion du gros intestin soit à la fosse iliaque gauche, soit au flanc droit, soit encore à la région ombilicale, et qu'elle coïncidera d'une part avec une légère matité en un point de l'abdomen correspondant à son siège, d'autre part avec des signes négatifs d'invagination, de tumeur extra ou intra-intestinale, de rétrécissement ou d'obstruction stercorale, on sera fondé à soupçonner l'existence d'un volvulus de l'S iliaque. Les probabilités seront beaucoup plus grandes, bien entendu, si d'autres signes viennent corroborer celui-ci.

Ténesme rectal. — Voici un nouveau signe qu'on doit à Faucon d'avoir été bien mis en lumière, sur lequel il ne serait pas impossible de fonder un diagnostic précoce du volvulus de l'S iliaque, si les prévisions de cet auteur venaient à se réaliser.

Il a été signalé deux fois dans nos observations : dans un cas le malade a éprouvé des besoins incessants d'aller à la selle dès le troisième jour, c'est-à-dire presque au début, et ceux-ci ont persisté jusqu'au dernier moment (Obs. 8).

Dans l'autre cas, le ténesme rectal était très aigu (Observation 13).

Etat de la respiration. — Comme Bellon l'a fait ressortir dans sa thèse, alors que les symptômes abdominaux prédominent dans les étranglements de l'intestin grêle,

ce sont au contraire les symptômes thoraciques qui l'emportent quand l'occlusion siège au gros intestin. Cette particularité sur laquelle Melchiori avait précédemment fixé l'attention semble confirmée encore par les résultats de notre statistique.

Dans la plupart des observations en effet, nous avons trouvé signalée la gêne de la respiration parmi les symptômes pour ainsi dire du début.

Ainsi dans un cas la respiration devenait gênée dès le troisième jour (obs. 6), dans un autre vers le quatrième jour (obs. 8); une fois on a noté une dyspnée intense au quatrième jour, dyspnée coïncidant avec un ballonnement considérable du ventre survenu en quelques heures (obs. 13). Une fois (obs. 2) la dyspnée était moins prononcée; une autre fois la respiration était courte et fréquente (obs.3).

Comme on le voit, la gêne de la respiration a constitué le symptôme dominant dans la plupart des cas observés; c'est là un fait extrêmement digne de remarque dont il devra être tenu compte pour le diagnostic.

Marche, durée de la maladie.—Le volvulus de l'S iliaque est considéré généralement comme ayant une évolution assez rapide, laquelle varierait de deux à huit, dix jours. Pour Peyrot il n'en serait pas toujours ainsi, et il est des circonstances, dit-il, « où le volvulus peut évoluer très-lentement et n'arriver à produire des accidents d'étranglement qu'au bout de plusieurs mois. »

Dans aucune de nos observations la maladie n'a présenté une marche aussi lente, la plus longue survie n'ayant pas dépassé seize jours, comme on peut en juger par les indications suivantes :

Période de constipation de 7 jours précédant les douleurs — mort le 6$^{e}$ jour après les douleurs initiales, le sujet présentant les symptômes de la période algide (obs. 1).

Marche rapide. — Terminaison brusque avec état général peu altéré. — Durée probable de la maladie : de 6 à 8 jours (obs. 2).

Marche non rapide.— Mort le 10e jour après aggravation de l'état général dès la veille (obs. 3).

Marche non rapide. — Mort le 10e jour au milieu des symptômes de la dernière période (obs. 4).

Marche très-rapide. — Mort 68 heures après le début de la maladie (obs. 5).

Marche très-rapide. — Mort 64 heures après le début (obs. 6).

Marche non rapide.— Mort le 9e jour au milieu de symptômes d'adynamie (obs. 7).

Marche non rapide. — Durée 15 jours — Mort après aggravation progressive de l'état général (obs. 8).

Marche rapide. — Début brusque, symptômes du choléra herniaire, dès le 5e jour — mort le 5e jour (obs. 9).

Marche non rapide. — Symptômes dominants : ballonnement du ventre et gêne respiratoire — durée probable jusqu'à l'époque non exactement précise où le cathétérisme rectal amena les premières évacuations : 15 jours. — Lors de la rechute, la marche fut plus rapide, les symptômes plus précoces et plus intenses. — Mort le 8e jour de la rechute (obs. 10).

Marche non rapide. — Durée de la maladie : 16 jours environ, mais sans l'intervention chirurgicale (laparatomie) elle eût été probablement plus courte, car au 10e jour l'état était extrêmement grave et la mort imminente (obs. 11).

Marche rapide. — Durée de la maladie : moins de 6 jours (obs. 12).

Marche rapide, apparition presque subite des symptômes vers le 4e jour, jour de la mort, par suite d'une péritonite suraiguë (obs. 13).

En résumé, les accidents dans cette série de cas n'ont pas duré moins de 64 heures et n'ont pas dépassé 16 jours. La mort a eu lieu le 3e jour, 2 fois ; du 3e au 6e jour, 3 fois ; — du 6e au 10e jour, 5 fois, et du 10e au 15e jour, 3 fois.

Au point de vue de la durée des accidents, nous pouvons donc résumer ainsi les résultats qui précédent :

Marche aiguë ou très-aiguë..... 5 fois (obs. 5, 6, 9, 11, 13)
(mort dans les 6 premiers jours).
Marche sub-aiguë..... 6 fois (obs. 1, 2, 3, 4, 7, 10)
(mort du 6e au 10e jour.....
Marche lente..... 3 fois (obs. 8, 10, 11).
(mort du 10e au 15e jour).

D'après ce tableau, la rapidité dans l'évolution des accidents serait la règle, et le nombre des cas où la mort surviendrait dans les 6 premiers jours serait sensiblement égal à ceux où elle n'aurait lieu qu'entre le 6e et 10e jour.

Cause de la mort. — Les malades ont succombé par le fait de la persistance de l'étranglement 10 fois (obs. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12).

Trois fois ils ont succombé aux complications suivantes :

Péritonite avec épanchement purulent peu abondant (obs. 3).

Péritonite survenue brusquement 3 ou 4 jours après l'opération qui avait d'ailleurs complètement réussi au point de vue de la levée de l'obstacle (obs. 11).

Péritonite suraiguë ayant emporté le malade en moins de 12 heures (obs. 13).

Index symptomatologique comprenant : 1° Les signes à peu près constants ; 2° Les signes moins constants.

Des considérations statistiques qui précèdent et qui sont basées d'une part sur les données pour ainsi dire classiques, d'autre part sur l'analyse de nos observations, nous croyons

pouvoir conclure : Le volvulus de l'S iliaque peut être reconnu d'après des caractères spéciaux ayant les uns une valeur absolue, les autres une valeur seulement relative, mais tous suffisamment tranchés pour pouvoir servir de base à une description symptomatique de cette affection.

Nous allons donc résumer ces divers signes en indiquant : 1° ceux qui nous paraissent être assez constants pour donner au diagnostic un caractère de certitude ; 2° ceux qui ont été rencontrés jusqu'ici avec un degré moindre de fréquence.

1° *Signes à peu près constants.* — La constipation soit habituelle (fréquent) soit rebelle à des périodes déterminées (moins fréquent) a été notée parmi les antécédents morbides.

La douleur localisée sous forme de point douloureux ou généralisée sous forme de coliques (les deux modes de la douleur ont été à peu près également fréquents) peut être considérée comme un symptôme du début assez constant.

La soudaineté du début de la maladie a été constatée fréquemment.

Le ballonnement du ventre est généralement régulier, progressif et considérable.

Pas de tuméfaction en général en aucun point de l'abdomen ; celle-ci, quand elle existe, a été constatée au flanc droit ou à la région iliaque gauche ; elle est douloureuse à la pression et plus ou moins mate à la percussion.

La suppression des selles et des gaz par l'anus est constante.

La quantité d'urine excrétée est normale.

Les vomissements font généralement défaut ; ils sont tardifs, peu fréquents et très-rarement fécaloïdes.

Le siège de la douleur initiale, quand celle-ci est localisée, se trouve soit à la fosse iliaque gauche, soit à la région ombilicale.

La gêne de la respiration est un symptôme assez précoce ;

généralement elle apparaît dès le troisième ou le quatrième jour et devient considérable.

2° *Signes moins constants.* — Parmi les désordres antécédents on a noté des évacuations de matières sanguinolentes, des coliques avec ballonnement du ventre à une période plus ou moins éloignée, ou bien encore des accidents semblables à ceux de l'attaque actuelle.

Le ténesme rectal est un symptôme assez rare du début.

Le ballonnement irrégulier du ventre n'est pas très rare. Il est alors plus saillant en certains points variables de l'abdomen.

La sensation d'un point rénitent, resserré à la partie supérieure du rectum n'a été observée qu'une fois. Le plus souvent le toucher rectal n'a fourni aucun renseignement.

L'anus a été trouvé rétréci et enfoncé (signe important).

Les lavements n'ont pu pénétrer dans quelques cas.

Le cathétérisme rectal a réussi une fois, et il est à noter que la main a perçu la sensation d'un choc au niveau de l'ombilic au moment de l'introduction de la sonde.

Celle-ci a été suivie de l'évacuation des matières.

# CHAPITRE IV

## DIAGNOSTIC

Le volvulus de l'S iliaque du côlon présente-t-il des caractères suffisamment nets pour pouvoir être diagnostiqué sur le vivant avec un certain degré de précision? Non répondent Dupuytren, Niemeyer, Nélaton, Follin et Duplay, Peyrot, et avec eux sans doute bien d'autres chirurgiens éminents. « On voit, dit Peyrot, de quelles difficultés est entouré le diagnostic qui ne repose que sur un *peut-être* et que l'on peut formuler ainsi : il y a une obstruction aiguë, elle dépend *certainement* d'une invagination ; elle est *probablement* le résultat d'une bride, d'un diverticulum, d'une invagination ; ou bien elle est *peut-être* le fait d'une hernie interne, d'un anneau accidentel, d'un volvulus. »

Nous nous garderions d'aller à l'encontre d'appréciations venant d'auteurs aussi recommandables, si nous ne savions que sur ce point comme sur bien d'autres la controverse conserve heureusement ses droits et que le champ reste ouvert aux opinions même les plus opposées. Parmi les opposants nous citerons d'abord Streubel qui déjà en 1859 ne croyait plus à l'impossibilité de diagnostiquer le volvulus de l'S iliaque; après Streubel, Larguier des Bancels affirmant que le volvulus présente quelques particularités qui permettront de ne pas le confondre avec les autres étranglements. Rendu vient ensuite tracer aussi des règles pour mettre sur la voie du diagnostic. Peu de temps après, Faucon n'hésite pas à formuler le diagnostic même précoce de la

torsion de l'S iliaque en ces trois termes : *constipation*, *ténesme rectal*, *vacuité du rectum*, et Bulteau se range à cet avis qu'on pourra tout au moins faire un diagnostic de probabilité. Enfin M. Potain faisant remarquer que cette forme particulière d'occlusion intestinale a été observée déjà un assez grand nombre de fois pour que l'on puisse indiquer quelques caractères qui lui soient propres, devient en faveur de notre thèse un témoignage des plus autorisés.

Nous appuyant à notre tour sur les données de Léger, Potain, Leichtenstern, etc... nous allons essayer de dégager de nos recherches les particularités qui nous ont paru être les plus importantes pour le diagnostic différentiel du volvulus de l'S iliaque.

Un homme de 50 ans environ, d'une santé irréprochable quoique habituellement constipé, n'ayant eu d'autre maladie antérieure que quelques désordres intestinaux, tels que coliques avec ballonnement, constipation seule ou alternant avec des selles diarrhéiques sanguinolentes, se trouve brusquement surpris en bon état de santé par une douleur assez vive soit à l'ombilic soit à la fosse iliaque gauche, à la suite d'un effort, d'un mouvement brusque de gauche à droite, ou d'un repas copieux ou indigeste.

Quelques jours avant l'attaque, il accusait ou non des douleurs vagues et au lieu de la constipation il avait quelques évacuations dysentériformes. Son ventre se ballonne considérablement presque dès le début; sa respiration devient gênée, il ne rend point de matières ni de gaz par l'anus malgré les besoins incessants d'aller à la selle qui ne lui laissent pas un moment de repos. Toutefois la quantité et la qualité de l'urine restent normales.

Le ballonnement s'étend régulièrement jusqu'aux flancs, ou bien il est plus proéminent à la région ombilicale où il

forme un relief plus marqué en certains points de la région iliaque gauche vers l'ombilic et l'épigastre. Par le palper abdominal on constate une tuméfaction au flanc droit ou à la région iliaque gauche coïncidant avec une douleur plus ou moins vive et une submatité légère à ce niveau.

Le cathétérisme rectal révèle une résistance infranchissable vers l'extrémité inférieure de l'S iliaque, et les lavements ne peuvent pas pénétrer ou sont rejetés dès que l'on injecte huit ou dix onces de liquide.

Le ballonnement du ventre, la gêne de la respiration et les besoins presque continuels de défécation persistent et vont même en augmentant pendant quatre, cinq, six jours. Des vomissements alimentaires, bilieux, apparaissent à la fin vers le sixième, le septième ou le huitième jour, mais ils sont peu fréquents et nullement fécaloïdes.

L'état général dès ce moment s'aggrave; à l'inquiétude, à l'anxiété du malade succède une prostration extrême que révèle la petitesse du pouls. La dyspnée résultant du tympanisme abdominal et du soulèvement du diaphragme par les gaz est aggravée par une congestion pulmonaire double : d'où l'imminence de symptômes asphyxiques auxquels le malade va bientôt succomber. Ou encore celui-ci est pris de hoquets; son facies se grippe, sa voix s'éteint, et la mort le surprendra dans quelques heures au milieu de ces symptômes de choléra herniaire.

Tel est le tableau clinique du volvulus de l'S iliaque parcourant naturellement ses diverses périodes jusqu'à la terminaison fatale.

Les variétés d'occlusion intestinale avec lesquelles pourrait être confondu le volvulus de l'S iliaque sont celles surtout qui ont leur siège de prédilection au gros intestin et plus particulièrement vers l'extrémité inférieure de cet organe.

Telles sont les invaginations, les rétrécissements, les compressions et les obstructions cavitaires (corps étrangers, matières fécales, polypes, etc.).

Nous examinerons rapidement les traits particuliers qui distinguent ces types variés d'occlusion du volvulus de l'S iliaque.

*Invagination.* — L'invagination se distingue du volvulus d'abord en ce que la première est pour ainsi dire spéciale à l'enfance tandis que le second n'atteint que des sujets d'un âge assez avancé. Comme dans le volvulus, le mode de début peut être brusque ou lent et graduel ; la douleur peut être plus ou moins aiguë, le développement des accidents plus ou moins rapide. En tout cas, il est très rare que la constipation soit absolue dès le début ; celle-ci alterne plutôt d'habitude avec des évacuations muqueuses un peu sanguinolentes, quelquefois même il se déclare une hémorrhagie intestinale. L'hémorrhagie fait au contraire défaut dans le volvulus. Le ténesme rectal a été constaté quelquefois aussi bien dans l'invagination que dans le volvulus, dans l'une et l'autre l'anus a été également trouvé relevé. Toutefois l'anus serait plutôt relâché, ouvert dans l'invagination, relevé dans le volvulus.

Quant au degré du ballonnement, il fournit ainsi que le palper abdominal des caractères différentiels importants. A l'invagination correspond un degré de ballonnement peu intense tandis qu'il est très prononcé d'emblée dans le volvulus. En outre, la présence d'une tumeur mollasse, en forme de boudin, douloureuse à la pression et légèrement mobile ne sera pas confondue avec la tuméfaction qui accompagne quelquefois le volvulus et dont le principal caractère est de contraster dès le début avec la sonorité exagérée des parties voisines.

Dans les invaginations ileo-coliques et ileo-cœcales qui

sont les plus fréquentes, l'absence du côlon ascendant et du cœcum, comme l'a indiqué Dance, est marquée par une certaine dépression au flanc droit et à la fosse iliaque droite, laquelle contraste avec un relief plus ou moins considérable du côté opposé.

Dans les quelques cas rares où l'invagination siège à l'extrémité inférieure du gros intestin, le toucher rectal permettrait de différencier le boudin d'invagination de la sensation de rénitence spéciale qu'on a rencontrée une fois à l'extrémité supérieure du rectum dans un cas de volvulus (Obs. 3). A plus forte raison sera-t-il reconnaissable s'il fait presque saillie à travers l'anus.

*Rétrécissement.* — Le diagnostic du volvulus de l'S iliaque avec un rétrécissement (cancéreux, fibreux, syphilitique) ne se fera pas parfois sans quelques difficultés. L'existence dans les antécédents d'une fièvre typhoïde, d'une entérite, d'une dysenterie, d'une plaie ou seulement d'une forte contusion de l'abdomen, fera songer plutôt à une lésion de cette nature qu'à un volvulus. Les antécédents personnels ou héréditaires interrogés au point de vue de la syphilis et du cancer, pourront encore augmenter les probabilités en faveur d'un rétrécissement.

Le rétrécissement se distinguera d'ailleurs du volvulus par la marche relativement lente et progressive des accidents qui n'éclatent pas d'emblée et n'évoluent pas seulement en quelques jours. Il présente en outre des alternatives de phénomènes d'occlusion avec de véritables débâcles. Le ventre ne prend jamais un développement considérable en quelques jours, ou en quelques heures, comme dans le volvulus. Le palper fait quelquefois toucher du doigt le siège du mal en permettant de constater une résistance dure sur le trajet de l'intestin. Lorsque le rétrécissement occupe le rectum, comme c'est le cas le plus fréquent pour le rétrécissement

syphilitique, l'exploration devient plus directe et plus efficace, les renseignements qui sont fournis par le toucher rectal et vaginal suffisent à lever tous les doutes et à asseoir à eux seuls le diagnostic.

Il peut arriver que le rétrécissement cancéreux, en l'absence d'indications étiologiques et de signes particuliers soit difficile à différencier du volvulus. Ceci a lieu surtout lorsque la cachexie cancéreuse faisant défaut, le sujet présente quelques-uns des symptômes propres au volvulus. Qu'on en juge par le fait suivant que nous emprutons à la thèse de Peyrot.

Il s'agit d'un cas d'épithélioma cylindrique de l'S iliaque ayant produit des phénomènes d'étranglement interne et ayant nécessité la gastrotomie, par le professeur Guyon.

Voici les traits principaux de cette observation :

Homme — âgé de 70 ans — ayant une constipation opiniâtre depuis vingt-cinq jours. Avant le début des accidents, coliques peu vives. Pendant les huit premiers jours, les douleurs abdominales et le ballonnement du ventre vont en augmentant. Les vomissements ont été tardifs et d'ailleurs peu fréquents, peu abondants.

Au premier examen du malade on constate :

Absence d'apparence cachectique. Ventre très-ballonné, avec tympanisme généralisé. Abdomen légèrement aplati dans le flanc droit, saillie assez notable au contraire du côté gauche, à la région médiane sus et sous-ombilicale. Palpation négative.

Coliques fréquentes partant de la fosse iliaque gauche pour se terminer à l'épigastre. Urine normale en quantité et qualité.

On comprendra qu'avec un aspect clinique si peu différent de celui du volvulus, l'embarras du chirurgien fût grand et que le diagnostic fût hésitant entre un cancer de l'intestin et

un volvulus. Tout ce qu'il était permis d'affirmer, c'était que l'obstacle devait siéger en un point assez bas. Il y avait même lieu de supposer que l'obstacle siégeait au niveau de l'S iliaque, cette portion étant le siège de prédilection du volvulus.

Cet exemple est bien fait pour inviter le chirurgien à ne se priver d'aucun mode d'investigation et à saisir le moindre détail symptomatique qui, dans des cas aussi embarrassants, peut avoir une grande valeur. De là l'importance de ne négliger aucun des signes énumérés plus haut et se rapportant au volvulus lorsqu'on aura à se prononcer entre cette affection et un cancer de l'S iliaque.

*Obstruction par corps étranger, matières stercorales*, — Le diagnostic différentiel du volvulus avec l'obstruction intestinale par des corps étrangers n'offrira pas d'habitude de grandes difficultés.

L'étude des antécédents sera encore ici d'une grande utilité. En interrogeant avec soin le malade sur les aliments qui ont été pris dans les derniers temps, sur l'état antérieur des fonctions digestives, notamment des selles, on sera amené à songer à la possibilité d'une obstruction par matières stercorales. Il n'y aura plus de doute lorsque le palper abdominal aura fait reconnaître une tumeur molle, pâteuse, et susceptible de déformation.

S'agit-il d'une obstruction par calculs biliaires, la connaissance des antécédents ne sera pas moins importante. Nous n'avons pas d'ailleurs à insister plus longtemps sur cette cause d'obstruction, étant donné la fréquence du siège des calculs dans l'intestin grêle.

Reste l'obstruction par corps étrangers divers (concrétions, masse de cheveux ou de fibres végétales enroulées autour d'un noyau quelconque, enveloppes de fruits, pelures de pommes de terre, magmas de magnésie chez les sujets

qui en font abus, de l'albumine coaguluée, du caséum chez les enfants, etc.). Le diagnostic avec le volvulus pourra généralement se faire d'après la connaissance des commémoratifs, la marche différente des symptômes, la forme du ventre et les caractères du ballonnement dès le début, d'après enfin l'absence des signes propres au volvulus coïncidant avec des selles diarrhéiques séreuses, sanguinolentes, mêlées quelquefois de parcelles de corps étrangers et avec l'existence d'une tumeur différente dans ses caractères de la tuméfaction de l'S iliaque. Cet ensemble de caractères suffira le plus souvent à éclairer le chirurgien sur la nature des accidents.

Quant aux polypes qui, en se développant, pourraient devenir une cause d'obstruction, avant de donner lieu à des accidents d'étranglement, il se sera écoulé un temps assez long pendant lequel l'attention du chirurgien aura été mise en éveil.

Nous en dirons autant des occlusions par compression : les accidents dans ce cas n'éclatent pas d'habitude d'emblée et le diagnostic est généralement établi lorsque ceux-ci se produisent.

En général, lorsque l'obstacle siégera au gros intestin en un point plus ou moins éloigné de l'S iliaque, on observera tantôt une forme spéciale du ventre en fer à cheval, tantôt, si l'obstacle siège plus haut, cette forme sera modifiée et au bout supérieur dilaté correspondra une dépression de toute la portion du côlon située au-dessous, tantôt enfin si l'obstacle siège au cœcum, le gros intestin reviendra sur lui-même, et les régions occupées par les colons et l'S iliaque se trouvant déprimées seront remplies par la masse distendue d'intestin grêle. Celui-ci viendra alors se placer dans la région ombilicale et dans l'hypogastre, et l'abdomen prendra une forme globuleuse au lieu d'être aplati transversalement.

Nous ne nous étendrons pas sur les caractères différentiels du volvulus et des étranglements par brides, adhérences, diverticules, anneaux accidentels, etc. Ces sortes d'étranglements ayant pour caractère commun de siéger de préférence à l'intestin grêle, il est important d'établir tout d'abord le diagnostic du siège, d'après la forme du ventre, le moment d'apparition, le degré de fréquence et la nature des vomissements, et aussi d'après les caractères des phénomènes généraux.

Relativement aux signes tirés de la forme du ventre, du moment d'apparition des vomissements, de leur fréquence et de leur nature, on se reportera aux données de Laugier, de John Gay (ballonnement), de Cossy (vomissements) et aux résultats de nos observations énoncés plus haut. Quant aux différences dans les phénomènes généraux, elles ont été très-bien indiqués par Bellon (Th. de Paris). « On distinguera, dit cet auteur, l'occlusion siégeant sur l'intestin grêle : par la marche rapide des accidents abdominaux et leur intensité, par l'apparition précoce, le caractère choléríforme des accidents généraux.

L'occlusion dans le gros intestin sera caractérisée par : la lenteur avec laquelle se produiront les symptômes abdominaux, leur peu d'intensité, le caractère tardif des accidents généraux, l'aspect asphyxique plutôt que choléríforme du malade.

Les étranglements par brides, diverticules, orifices normaux ou accidentels, se reconnaîtront généralement à l'existence d'une péritonite antérieure, à l'apparition brusque de la douleur qui est souvent déchirante et fixée dans la moitié droite sous-ombilicale de l'abdomen, par le ballonnement peu considérable et limité, d'après Parise, à la région sous ombilicale droite, à une sensation d'empâtement, parfois de fluctuation bien manifeste au niveau des anses supérieures de l'étrangle-

ment, à l'absence de tumeur intra-abdominale (Duchaussoy, Besnier, Fagge), à une constipation absolue et surtout aux vomissements intenses, opiniâtres et presque toujours fécaloïdes peu de temps après le début.

Le diagnostic différentiel avec les hernies profondes et les nœuds diverticulaires de l'intestin reposera sur les mêmes caractères.

Il nous resterait à indiquer les signes qui permettront de ne pas confondre le volvulus de l'S iliaque avec les pseudo-étranglements, et la péritonite par perforation ; il suffira, pour combler cette lacune, de se reporter aux indications des auteurs sur ce point, et plus spécialement aux travaux de H. Henrot (Thèse de Paris, 1865, sur les pseudo-étranglements qu'on peut rapporter à la paralysie des intestins) et de Peyrot (Thèse d'agrégation 1880).

# De la laparatomie dans le volvulus de l'S iliaque.

## § I

### HISTORIQUE

L'ouverture du ventre remonterait à la plus haute antiquité, mais depuis Praxagoras de Cos et Léonidès d'Alexandrie à qui reviendrait le mérite de la première tentative authentique jusqu'au XVI^e^ siècle, trop de confusion régnait sur la signification de l'ileus pour que cette opération pût être réglée méthodiquement et que l'on eût à enregistrer des résultats heureux.

Il faut arriver au XVII^e^ siècle pour voir l'ouverture du ventre indiquée et proposée d'une manière positive par Paul Barbette, chirurgien d'Amsterdam, dans le cas d'ileus rebelle. La notion des causes de l'occlusion intestinale reste pourtant aussi obscure que par le passé : Ce ne sont encore qu'hypothèses succédant aux hypothèses ; on suppose que l'intestin est invaginé, noué peut-être, mais tout se borne là. Des variétés morbides correspondant au terme trop général d'ileus on ne sait rien de précis, et, malgré cette ignorance de la nature du mal, il est cependant des chirurgiens qui n'hésitent pas à tenter la gastrotomie dans le but de lever l'obstacle supposé.

C'est ainsi qu'on cite de cette époque deux cas où la gastrotomie, au dire de Bonnet et de Nück, fut pratiquée avec succès.

Hevin eut le mérite de publier le premier le plus grand nombre d'observations (15) de gastrotomie dans des cas variés d'obstruction intestinale.

Les conclusions de son mémoire (*Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, t. IV, p. 201) ne sont rien moins que favorables à cette opération, ce qui s'explique par l'état peu avancé des notions anatomo-pathologiques. Encore n'est-on pas bien fixé à ce sujet, puisqu'un mémoire posthume découvert par Dezeimeris et publié en 1836 dans le journal des connaissances médico-chirurgicales montre les choses sous un jour différent.

A partir d'Hévin on s'engage dans une voie nouvelle ; la gastrotomie est délaissée, et on croit avoir trouvé la solution du problème en pratiquant une voie artificielle aux matières intestinales. A la suite de Littre qui en 1710 avait vaguement indiqué la possibilité de créer un anus artificiel chez un enfant atteint d'imperforation du rectum, nous voyons cette idée défendue par Louis en 1757, être mise en pratique pour la première fois par Renauld, maître en chirurgie à Joinville, en Champagne, en 1772. Qu'il nous suffise de rappeler que depuis la fin du siècle dernier jusqu'à la première moitié de celui-ci, la gastrotomie timidement préconisée tomba complètement dans l'oubli pour céder la place à l'opération de Louis. Nous devons reconnaître que celle-ci rencontra d'aussi chauds partisans que la première avait eu de détracteurs.

Cependant malgré la défaveur qu'elle eut à subir pendant cette longue période, en l'an VIII, Sagès proposait la gastrotomie dans tous les cas d'étranglement interne, et en 1816, dans le *Dict. des sciences méd.*, t. XVII, à l'art. *gastrotomie* Breschet et Finot disaient : « D'ailleurs de toutes les causes qui peuvent produire les inflammations des intestins, le volvulus est sûrement la moins fréquente, et par conséquent

l'opération de la gastrotomie qui ne peut s'appliquer qu'à ce seul cas ne peut jamais être indiquée, et dans la plupart des cas ne peut avoir que les suites les plus funestes. » Et un peu plus loin : « Confiée à des mains habiles cette opération n'offre pas plus de dangers que toutes celles qu'on entreprend journellement sur les diverses parties du corps et présente autant qu'elles toutes des chances favorables de succès. »

Après un essai timide par Dupuytren, en 1817, la gastrotomie tend à revenir sur l'eau avec Fuchsius, en 1825, qui obtient un succès dans un cas d'invagination.

Puis vient une période d'indifférence pour l'une comme pour l'autre méthode, période d'une vingtaine d'années environ.

En 1830, Bonnet dans sa thèse s'exprime ainsi : « en présence de moyens aussi incertains *(vomitifs, etc.)* le médecin restera-t-il spectateur inactif dans un cas aussi pressant? Je crois qu'il est des cas où l'on doit tenter la gastrotomie. »

En 1833, Renaud, dans sa thèse, parlant de la gastrotomie, dit que : « cette opération n'est pas plus grave que l'hystérotomie. »

En 1835, Durand cite l'opinion de Murat (dict. en 21 vol., 1re édit.) qui met la gastrotomie au nombre des opérations praticables dans le volvulus, et se range à son avis.

Vers la même époque paraissait dans les *Arch. gén. de méd.* 1883, 3e sér., t. II, p. 455, une observation recueillie par Ducros dans le service de M. Briquet, et dans laquelle l'auteur ne proscrivait pas à tout jamais une opération qui, disait-il, « a des chances de succès. » La même réserve se retrouve dans l'appréciation de la gastrotomie par Largeau (thèse 1840).

Velpeau admet certains cas où, dit-il, « il faudrait se hasarder à pratiquer la gastrotomie.»

Cette opinion est acceptée par les auteurs du Compendium

de médecine (art. *intestin*), lesquels opposent à Hevin les succès de Nück et de Fuchs et l'adhésion de Fielder, Fuchs, Textor, Bellini, Pfeiffer.

Le mémoire lu par Maisonneuve à l'Académie des sciences le 29 avril 1844 sur l'entérotomie de l'intestin grêle fut le signal d'une deuxième phase féconde en observations ; ce fut le réveil de l'entérotomie, pour laquelle on se prit d'un engouement exagéré surtout depuis le perfectionnement apporté par Nélaton à cette méthode opératoire (thèses de Vassor, 1852 ; de Savopoulo, 1854).

Pendant qu'en France un souffle d'enthousiasme passait ainsi sur l'entérotomie perfectionnée de Nélaton, Crisp en 1847 et Benjamin Philips en 1848, de leur côté, se faisaient en Angleterre les défenseurs de la gastrotomie. Celle-ci était tombée en un tel discrédit auprès des chirurgiens français, qu'elle se vit refuser en 1853 l'honneur d'une discussion à l'Académie de médecine à propos d'une observation de Bouvier. Bouvier et Lenoir s'efforcent en vain de la réhabiliter chez nous ; mais s'ils ne parviennent pas à lui conquérir les suffrages de leurs compatriotes, son succès n'en va pas moins grandissant à l'étranger. C'est ainsi qu'elle est défendue avec chaleur par Hillon (1847), Golding-Bird (1847), Manlove (1848), Wilson (1848), Reali (1848), Luke (1851), Borelli (1854).

Ce mouvement semble même à un moment gagner aussi la France avec Depaul en 1859 et Lorquet (de Vassigny) en 1860, lesquels avaient été précédés par Bayon qui déjà en 1858, dans sa thèse, avançait qu'on ne doit pas bannir entièrement la gastrotomie de la chirurgie.

A partir de cette époque, le traitement de l'occlusion intestinale sort de la phase de tâtonnements pour entrer dans la voie véritablement scientifique, grâce aux travaux remarquables de Parise, de Besnier et de Duchaussoy. Les chirur-

giens sont enhardis par les progrès considérables de l'anatomie pathologique et ne redoutent plus d'ouvrir la cavité abdominale. Déjà on commence à prononcer le mot de laparatomie.

A l'exclusivisme passionné qu'avaient montré jusque-là les chirurgiens, succède une apréciation plus judicieuse, plus exacte des indications de chaque méthode ; c'est ainsi que Duchaussoy (1) dans un mémoire couronné par l'Académie de médecine après avoir examiné les différentes formes d'étranglement conclut en admettant les deux opérations et justifiant ses préférences pour la laparatomie ou pour l'entérotomie suivant la cause de l'étranglement que l'on a à traiter.

En 1865, Trousseau (2) admet la possibilité d'appliquer avec succès la gastrotomie aux cas de volvulus ou d'invagination et ne doute pas que « l'avenir, avec ses lumières, ne vienne enregistrer des succès de plus en plus nombreux.»

Les dernières hésitations disparaissent enfin devant les merveilleux résultats de la méthode antiseptique appliquée aux ovariotomies, et l'on voit se succéder rapidement de nombreuses observations sur le traitement des occlusions intestinales, desquelles ressort d'une façon remarquable le triomphe de la laparatomie.

Les travaux de Larguier des Bancels (1870), de Charpentier (1870), de Doliger et de Delaporte (1872), de Boinet (*Gaz. méd. de Paris,* 1874), de Le Dentu (*Journ. de Thérapeutique*, 1876), de Bulteau (1878), de Duplay (*Arch. gén. de méd.*, 1879), de Peyrot (*Thèse d'agrég.*, 1880), témoignent des progrès réalisés chez nous par les partisans de la

---

(1) Mémoires de l'Acad., t. XXIV, 1860.

(2) Clinique méd. de l'Hôtel Dieu, t. III, p. 204, 2e édit. 1865.

laparatomie, et aussi de la tendance de la chirurgie française à accepter une opération autrefois généralement condamnée comme l'*ultima spes* des moins audacieux. Cette tendance se confirme de plus en plus, et les belles observations si concluantes de Périer, Terrier, Julliard, Verneuil et Bœckel, discutées sans opposition au sein de la Société de Chir. en 1879, sont le meilleur argument à opposer aux adversaires d'ailleurs de plus en plus rares de ce mode d'intervention chirurgicale.

La faveur dont elle jouit chez nos voisins d'Outre-Manche n'est pas moindre que chez nous, à en juger par le nombre et la valeur des chirurgiens distingués qui l'ont conseillée ou appliquée dans ces dernières années. On se souvient de la remarquable discussion qui s'éleva à la Société méd. chirurg. d'Edimbourg en 1871, à l'occasion d'une observation de gastrotomie pratiquée par le docteur Annandale. Ce savant chirurgien concluait à la possibilité d'aller enlever la cause de l'obstruction, en ouvrant la cavité abdominale, ajoutant que « des opérations faites dans ce but ont déjà donné un assez grand nombre de succès ». Ce fut aussi l'opinion qui prévalut au sein de la Société. Après s'être prononcé nettement pour la laparatomie, Pollock concluait en ces termes : « Quand les symptômes d'une occlusion intestinale aiguë et subite sont bien évidents, que les moyens thérapeutiques ordinaires n'ont amené aucune amélioration, l'opération de la gastrotomie est justifiée et indiquée, etc. »

Ajoutons qu'elle a pour elle encore l'adhésion de chirurgiens fort recommandables, tels que Ashurst, qui la recommande même dans l'invagination (1), de Hutchinson, de Sands, de Billroth, de W. Spencer, de Bryant, de Buchanan, de Teale, de Keyth d'Edimbourg, d'Adelmann, de Carlo

(1) Americ. Journ, of med. sciences, juin 1874.

Cantalmessa (1). — W. Lyon (2) va même jusqu'à conseiller d'explorer la cavité abdominale avec la main. A cette liste encore fort incomplète des partisans de la laparatomie à l'étranger, nous ajouterons pour la France, en outre des noms déjà cités, ceux de Trélat, Dieulafoy, Follin et Duplay. Le Fort (3), Le Dentu (4), Cazin (de Boulogne) (5), L. H. Petit (6), etc... M. Tillaux, après s'être fait le défenseur de l'entérotomie, n'a pas hésité à déclarer qu'il devenait partisan de la gastrotomie. M. Potain, tout en manifestant ses préférences pour l'entérotomie iliaque droite, ne se prononce pas d'une façon absolue contre la laparatomie. Comme M. Tillaux, M. Polaillon se rallie à c ettedernière méthode thérapeutique. Enfin M. Le Dentu estime que le volvulus, comme toutes les occlusions intestinales dont l'agent de l'étranglement est extrinsèque à l'intestin, entraîne l'indication de la gastrotomie.

De cet historique, il résulte que la gastrotomie, connue, peut-on dire, dès la plus haute antiquité, a été timidement conseillée par les uns ou violemment attaquée par les autres, tant que, dépourvue d'indications nettes et précises, elle a été abandonnée au caprice seul des chirurgiens.

Depuis qu'elle est entrée dans une voie plus scientifique, depuis qu'une notion plus exacte des diverses variétés d'obstruction a éclairé et enhardi la main de l'opérateur, les

---

(1) Gastrotomie pratiquée pour un cas de volvulus. Il Raccoglitore med. XXXVIII, 13, p. 411, mai 1875.

(2) Cases of intestinal obstruction, with remarks on oparative interference. The glies cow med. Journ. t. V. nov. 1872.

(3) Du trait. de l'occl. intest. Acad. de méd. séance du 7 nov. 1882.

(4) Des conditions de succès de l'intervention chirurg. dans l'occl. intest. — Journal de thérap. 10 et 25 juillet 1876.

(5) Gastrotomie pratiquée à la suite d'une occlusion intestinale. — Bull. de l'Acad. de méd. 2e série, t. VI, nº 50.

(6) Revue générale sur la gastrotomie. — Revue de Hagem, t. XVII, p. 311.

succès enregistrés ont été de plus en plus nombreux. On peut même ajouter que les caractères de quasi-certitude dont s'est enrichi le diagnostic des étranglements internes, joints aux progrès réalisés dans le manuel opératoire grâce à la méthode antiseptique, ont dissipé les craintes des plus timides et triomphé des dernières hésitations.

De la sorte, loin d'être considérée comme une opération dangereuse à proscrire du domaine chirurgical, ou tout au plus à ne réserver que pour les cas extrêmes, elle s'impose de plus en plus comme la meilleure ressource dont dispose le chirurgien dans le traitement des occlusions opiniâtres, comme le mode d'intervention le plus apte à suppléer à l'insuffisance trop souvent reconnue des divers moyens médicaux. Par ces succès déjà nombreux, elle se fait jour un peu partout, ne rencontrant guère d'opposition sérieuse, et tend, peut-on dire, à passer dans la pratique courante au même titre que la kélotomie et l'ovariotomie.

## § II

## EXAMEN COMPARATIF DES RÉSULTATS OPÉRATOIRES ET THÉRAPEUTIQUES :

1° *De la laparatomie ;* 2° *de l'entérotomie dans l'obstruction intestinale et plus particulièrement dans le volvulus de l'S iliaque. — Comparaison de ces résultats avec ceux des autres grandes opérations.*

Le jugement presque unanimement favorable sur la valeur opératoire de la laparatomie appliquée au traitement de l'occlusion intestinale, sans nous apparaître décisif au point d'entraîner la conviction absolue sur l'utilité de cette opération, n'en mérite pas moins, à notre sens, d'être invoqué comme un argument sérieux à l'appui de cette thèse.

De fortes présomptions en faveur de la laparatomie découlent déjà de ce témoignage presque unanime des chirurgiens. Nous ajoutons même que le problème, avec cette seule donnée, pourrait être considéré dores et déjà comme résolu si nous ne savions sur quelle base fragile reposent les théories basées uniquement sur l'assentiment des majorités, quelque autorité d'ailleurs qui s'attache à celles-ci, s'il ne nous était démontré qu'en fait d'applications thérapeutiques l'engouement seul n'a que trop souvent servi de règle aux chirurgiens, et que l'infaillibilité en cette matière est un leurre dont on s'est malheureusement trop bercé au grand préjudice des malades.

Le problème à résoudre étant celui-ci : la laparatomie est-elle applicable au volvulus de l'S iliaque? nous n'avons pas à prendre parti d'une façon exclusive pour les laparatomistes contre les entérotomistes, mais à rechercher si dans le cas spécial la laparatomie n'est pas préférable à l'entérotomie, ou si du moins ces deux méthodes se complétant l'une par l'autre ne pourraient pas s'associer utilement.

L'enquête que comporte la solution de ce problème doit reposer *a priori* sur deux ordres de faits, savoir : 1° la statistique des partisans de la laparatomie ou de la laparo-entérotomie appliquée aux occlusions de l'intestin en général et au volvulus de l'S iliaque en particulier ; 2° le dépouillement des observations d'occlusions intestinales traitées soit par l'une ou l'autre méthode opératoire, soit par les deux successivement.

En retraçant l'historique de la laparatomie dans le paragraphe précédent nous nous sommes efforcé de résoudre une partie du problème. Sans prétendre au rôle d'arbitre compétent dans la matière, nous estimons que notre tâche ne serait pas entièrement remplie et que notre argumentation n'échapperait pas au reproche d'être mal assise si nous nous con-

tentions des résultats douteux d'un pointage plus ou moins entaché d'erreur pour légitimer notre appréciation.

Poussant au contraire plus loin nos investigations, nous ne nous croirons fondé à conclure qu'après nous être livré à un dépouillement minutieux des observations relatives au traitement chirurgical des occlusions intestinales avec les résultats fournis d'un côté par la laparatomie, de l'autre par l'entérotomie, et avoir retiré de cette étude comparative des renseignements d'une portée indiscutable.

C'est cette deuxième partie de l'enquête que nous allons aborder, et cela sans d'autre souci que celui d'interpréter les faits avec la plus stricte impartialité.

Dans Follin et Duplay nous trouvons que la statistique de Bulteau donne 36 p. 100 de guérisons pour la laparatomie.

D'après ces mêmes auteurs, la laparatomie conviendrait surtout aux étranglements internes.

Les statistiques invoquées par Peyrot dans sa thèse d'agrégation sur l'intervention chirurgicale dans les obstructions de l'intestin, en 1880, nous fournissent de précieux renseignements. Cet auteur à la suite de ses recherches conclut, de même que Bulteau, à une moyenne de 36 p. 100 de guérisons pour les cas d'obstruction autre que l'invagination.

Examinant les résultats au point de vue opératoire, il trouve que sur 91 cas pour lesquels on a eu des renseignements suffisants, le succès opératoire a été obtenu dans.... 67 cas et l'insuccès.... dans.... 24 cas.

Sur ce nombre figurent 13 cas de volvulus, dont 3 de torsion de l'S iliaque. La mortalité acquiert ici un chiffre élevé, car sur 13 cas de volvulus il y a deux guérisons seulement et 11 morts.

L'insuccès opératoire a tenu, ajoute Peyrot, à plusieurs conditions : 1° absence d'obstacle pouvant être enlevé;

2° obstacle de nature à ne pouvoir être levé ; 3° obstacle méconnu ou n'ayant pu être levé. Or sur les 13 cas de volvulus il y a eu 3 torsions de l'S iliaque pour lesquelles les opérateurs (Billroth, W. Spencer, Faucon) ont échoué à cause de la difficulté de réduire l'S iliaque. Une fois on a refermé l'abdomen en méconnaissant un volvulus.

Il est juste de reconnaître que l'opération quoique n'ayant pas réussi dans 24 cas n'a pas toujours été suivie de la mort du malade.

La statistique démontre en effet qu'il est resté 8 opérés sur 24 à qui l'opération n'a pas été mortelle.

Passant à l'examen des résultats thérapeutiques (l'invagination exceptée), Peyrot est amené à donner la proportion suivante :

37 guérisons ..... sur ..... 65 morts.
Soit 36 °/o ..... de guérisons ;
et 62 2/3 °/o ..... de mortalité.

Relativement aux volvulus, torsions, nous retrouvons la même proportion que ci-dessus, c'est-à-dire sur 13 cas : 2 guérisons et 11 morts.

Comparé aux autres modes d'occlusions intestinales au point de vue des chances de guérison, le volvulus est certainement ici le moins favorisé. A ce tableau statistique nous empruntons en effet les chiffres suivants :

| | | |
|---|---|---|
| Anneaux accidentels ..... | 4 cas | 1 guérison, 3 morts. |
| Brides, diverticules appendices..... | 29 cas | 7 guérisons, 22 morts. |

On le voit, d'après ce tableau, l'occlusion par torsion de l'intestin ne gagne pas à être mise en parallèle avec les variétés d'étranglement même les moins bien partagées sous le rapport du résultat thérapeutique.

Aussi Peyrot se hâte-t-il de conclure que « là où l'intervention est le moins efficace, c'est dans le volvulus », et, sur ce point, nous ne pourrions que nous ranger à son avis, si nous envisagions seulement la valeur brutale des chiffres dans la moyenne des guérisons obtenues jusque-là (13 p. 100), sans tenir compte des causes d'erreur, des conditions d'insuccès si diverses que les statistiques omettent généralement de signaler, bien que leur rôle soit prépondérant dans les motifs d'appréciation.

Notons d'abord que le nombre des cas de volvulus où la laparatomie a été appliquée est relativement très restreint. Comment repousser une opération sur un aussi petit nombre de faits observés?

En second lieu, il est permis de se demander si l'intervention chirurgicale a été tentée dans les conditions de succès désirables, telles que celles que M. Le Dentu a si bien formulées (Journal de Thérapeutique, 11 et 25 juillet 1876). Il nous suffira d'énumérer ces conditions pour comprendre qu'elles n'ont pu être toutes réalisées. Ce sont : 1° la précision du diagnostic; 2° le choix raisonné du procédé opératoire; 3° l'opportunité des opérations au double point de vue des indications générales et du moment le plus favorable; 4° la perfection du manuel opératoire; 5° la minutie des soins consécutifs.

On nous accordera que les quatrième et cinquième conditions indiquées par M. Le Dentu étaient irréalisables tout au moins pour un bon nombre des opérés. Sur ce point il n'y a pae de contestation possible.

Nous n'aurions pas de peine non plus à établir que les autres conditions n'ont pas été mieux remplies que celles-ci.

Dans un cas on avait fait prendre du mercure au malade, et au moment où on opéra; l'intestin s'était rompu et le péri-

toine renfermait du mercure et des matières fécales (Hoeg, cité par Peyrot, p. 70, n° 54).

Dans un autre, on fit l'incision dans la fosse iliaque droite et on déchira une bride fibreuse, puis on ferma l'abdomen. Le malade mourut sept heures après, et on trouva le volvulus seulement à l'autopsie (Maunder, in Peyrot, p. 86).

Dans un cas de Billroth, il existait une torsion du cœcum et de 3 pieds d'intestin grêle. On diagnostiqua un étranglement herniaire, on fit une incision de 3 pouces sur le canal inguinal, laquelle fut prolongée en haut. L'intestin était énormément distendu. L'obstacle ne put être levé et l'opération fut abandonnée après ponction du cœcum.

Dans un cas de Spencer Watson, on opéra pour une obstruction intestinale attribuée à un étranglement herniaire, au huitième jour; mais on fut obligé d'interrompre l'opération à cause de l'état inquiétant du malade qui mourut le lendemain. A l'autopsie on vit qu'il s'agissait d'une torsion de l'S iliaque.

Dans un autre cas de Dittel, le sujet devait être fatigué, car on avait employé tous les moyens médicaux, on avait poussé des injections forcées de liquide dans le rectum après que la main y avait été introduite tout entière. La gastrotomie permit de détordre l'intestin; mais on l'avait extrait en entier et on ne put le réintroduire dans l'abdomen; une ponction avec aspiration fut insuffisante. Il fallut inciser l'intestin pour livrer passage aux gaz et aux fèces; la plaie fut suturée au catgut, l'anse lavée à l'eau phéniquée, puis réduite. La mort survint huit heures après.

Dans les cas qui précèdent, la gastrotomie a entraîné la mort assez rapidement, mais n'avait-elle pas contre elle les conditions les plus défavorables? Dans les uns, l'incertitude du diagnostic fit méconnaître le volvulus (cas de Maunder, de Spencer Watson, de Billroth); dans les autres, l'oppor-

tunité de l'opération, tant au point de vue des indications générales que du moment le plus favorable, n'était rien moins qu'indiquée. Tels sont 1° le cas de Hoeg, dans lequel au moment de l'opération, l'intestin se rompit et le péritoine fut trouvé rempli de mercure et de matières fécales; 2° le cas de Dittel, où l'opéré, déjà fatigué par les moyens médicaux qu'on avait employés et surtout par l'introduction de la main dans le rectum qu'il avait subie après les injections forcées de liquide, dut succomber certainement à l'épuisement dans lequel acheva de le plonger la laparatomie suivie de l'incision de l'intestin.

Ainsi, sur onze cas de mort, nous en trouvons cinq au moins dont le dénouement malheureux paraît imputable moins à l'opération qu'aux mauvaises conditions dans lesquelles elle a été faite. A l'appui de notre manière de voir, nous invoquerons encore l'un des deux cas de succès dû à Reali, dans lequel l'existence d'adhérences étendues et l'ouverture de l'intestin ne s'opposèrent pas à la guérison.

Cette différence dans les résultats pour des occlusions de même espèce peut-elle s'expliquer autrement que par une différence d'opportunité opératoire liée soit à l'état général du sujet, soit à la nature simple ou complexe et au degré plus ou moins avancé des lésions, soit enfin au choix du moment où l'on intervient?

La part ainsi faite aux causes possibles de revers, n'est-il pas permis de rehausser d'autant l'importance que nous devons attacher aux deux cas de guérison mentionnés plus haut sans nous écarter pour cela d'une interprétation rigoureuse des faits? Loin de nous paraître exagérée, cette manière de voir s'impose au contraire, ce nous semble, avec d'autant plus de force que le manuel opératoire s'est perfectionné davantage, que les soins consécutifs sont devenus plus minutieux et que le nombre toujours croissant des ova-

riotomies et des hystérotomies pratiquées avec succès proteste plus éloquemment contre les craintes injustifiées des rares chirurgiens qui font encore de la blessure du péritoine et de l'intestin le synonyme de mort.

En dehors de ces considérations, il y a lieu de rechercher si la proportion de mortalité indiquée par Peyrot pour le volvulus se trouve confirmée par les statistiques empruntées à d'autres auteurs.

Nélaton, dans son traité de Pathologie chirurgicale, se basant sur les statistiques présentées à la Société de chirurgie par M. Lefort, mentionne les résultats suivants :

| | |
|---|---|
| Statistique d'Aldelmann : 33 laparatomies pour diverses causes | 14 guérisons.<br>19 morts. |
| Statistique d'Asthurst : 44 laparatomies pour autres causes que des invaginations | 13 guérisons.<br>31 morts. |

De ces deux statistiques, autant la première est favorable à la laparatomie, autant la deuxième au contraire serait peu encourageante.

Pour expliquer des écarts aussi grands entre les chiffres ci-dessus, force nous est de faire intervenir encore l'observation inégale des conditions de succès opératoire énumérées plus haut. La proportion des guérisons et des revers dans les deux statistiques précédentes ne représentant que la moyenne des résultats fournis par l'ensemble des cas observés, il serait intéressant de savoir comment sont répartis ces résultats par rapport aux diverses variétés d'occlusion et par rapport au volvulus principalement.

A ce point de vue, voici quelques détails empruntés à la statistique d'Asthurst :

| | |
|---|---|
| Persistance d'étranglements herniaires : 11 | 5 guérisons.<br>6 morts. |
| Etranglements par brides : 20 | 4 guérisons.<br>16 morts. |

| | | |
|---|---|---|
| Hernies de l'intestin dans le rectum rompu. | 2 morts. | |
| Volvulus plicatum de l'intestin : 10 | 3 guérisons. | 7 morts. |

A juger de l'indication opératoire par ces quelques données statistiques, la balance devrait pencher en faveur du volvulus, puisque sur dix cas de volvulus, on compte trois guérisons et sept morts.

La plus grande part d'insuccès reviendrait d'après ces chiffres aux étranglements par brides, les deux cas de hernie de l'intestin dans le rectum rompu pouvant être négligés dans notre calcul à cause de leur extrême rareté.

Au volvulus au contraire devrait échoir le minimum de mortalité, après l'occlusion par persistance d'étranglement herniaire : trois guérisons sur dix cas de volvulus de l'intestin, n'est-ce pas une proportion de succès suffisante pour justifier l'emploi de la laparatomie, du moins à titre de ressource extrême, alors que le chirurgien reste désarmé, en proie aux plus cruelles angoisses en présence du fatal dénouement qui se prépare?

Loin de nous néanmoins la pensée de triompher de ces chiffres au détriment de ceux moins favorables que nous a donnés la thèse de Peyrot. Nous ne le pouvons pas, étant donné l'autorité qui s'attache aux conclusions d'un statisticien aussi recommandable que M. Peyrot. D'ailleurs nous n'en avons nul besoin dans l'intérêt de la thèse que nous défendons.

En effet, ne suffit-il pas pour la justification de la laparatomie que le succès ait été obtenu deux fois sur treize cas d'un côté et trois fois sur dix d'un autre, malgré les conditions défavorables de toutes sortes auxquelles n'ont pu se soustraire les opérateurs les plus heureux eux-mêmes.

N'avons-nous pas le droit de proclamer, au contraire,

bien haut des succès, même isolés, obtenus dans ces conditions en présence de revers se rapportant pour la plupart, dans la première série du moins, à des cas compliqués et extrêmement graves, et dont un certain nombre auraient sans doute pu être évités, grâce à une intervention moins aveugle, mieux éclairée, soumise à des règles plus scientifiques et par suite moins incertaine dans ses résultats?

Poursuivant notre dépouillement, nous trouvons dans la thèse de Larguier des Bancels (1870) que sur 19 gastrotomies on compte 9 succès, soit près de la moitié. L'auteur ajoute que « dans plusieurs cas où la gastrotomie a réussi, il s'agissait de torsions ou d'enroulements de l'intestin, » et, comme d'après lui, le siège le plus habituel de cette variété d'étranglement est le gros intestin, il va de soi que les torsions du gros intestin doivent être le plus justifiables de la laparatomie. C'est, en effet, l'opinion qu'il exprime, sous une forme différente, quand il conclut en disant que « le siège ordinaire de la lésion est d'ailleurs une contre-indication de l'entérotomie. »

Dans la séance de l'Académie de médecine du 7 nov. 1882, M. Le Fort rapporte l'observation d'un malade atteint d'occlusion intestinale qu'il avait sauvé par la laparatomie. Il s'agissait d'un étranglement de l'intestin grêle par une bride fibreuse à quelques centimètres à peine de sa terminaison dans le cœcum. Il est à remarquer que la cicatrisation était terminée au bout de quelques jours, et que l'opéré complètement guéri peu de temps après recouvrait une santé même meilleure qu'avant l'opération.

Cette observation intéressante à plus d'un titre mérite d'appeler l'attention, car elle démontre d'une façon irréfutable l'efficacité de la laparatomie contre une lésion relativement grave existant chez un moribond à une période assez éloignée du début des accidents.

La gravité relative de la lésion ne pourrait être mise en doute : elle ressort suffisamment, ce nous semble, de la nature de l'obstacle, qui était constitué, avons-nous dit, par un anneau fibreux dans lequel était enserrée une anse d'intestin, et de la durée des accidents que la note de M. Le Fort nous apprend avoir été de sept jours avant l'intervention chirurgicale. En outre le malade était dans un état désespéré, et, ajoute M. Le Fort, « la méthode dite antiseptique ne fut pas employée », ce qui n'empêcha pas l'opération de réussir complètement.

Aussi nous empressons-nous de recueillir ce fait comme un document précieux et pour ainsi dire typique à opposer victorieusement aux adversaires de la laparatomie que cette opération effraie à tort à cause de la prétendue difficulté de détruire sans danger les adhérences, les brides fibreuses, lesquelles agissent soit comme agent unique soit comme élément de complication de l'étranglement intestinal.

Sans méconnaître le rôle important que jouent quelquefois ces adhérences en tant que cause déterminante aussi bien que comme lésion complicative des accidents, n'avons-nous pas le droit, en présence du fait si remarquable de M. Le Fort, de déclarer que la difficulté de lever l'agent de la constriction n'existe pas d'une façon absolue pourtous les cas, que probablement elle a été singulièrement exagérée, et qu'en définitive elle ne doit être prise que très-exceptionnellement dans le sens d'impossibilité ?

A ces conclusions qui nous paraissent logiquement admissibles on objectera sans doute de ne pas cadrer avec l'ensemble des résultats obtenus, et, pour ne citer qu'un exemple, on pourra nous opposer notamment un cas d'occlusion intestinale par volvulus de l'S iliaque traitée sans succès par la laparatomie dans le service de M. Polaillon, (Communication faite à la Société clinique en janvier 1883).

L'observation recueillie par M. E. Gomot, interne du service est relative à un homme de 60 ans, ayant présenté des symptômes d'étranglement tels que M. Polaillon avait cru pouvoir diagnostiquer une occlusion intestinale du gros intestin avec de grandes probabilités pour un volvulus de l'S iliaque.

Les accidents duraient depuis cinq jours avec une intensité croissante, lorsque le chirurgien de la Pitié se décida pour la laparatomie. Il est bon de signaler que, tenant compte de ce fait que le malade prétendait avoir porté autrefois un bandage herniaire et qu'on pourrait avoir affaire à un étranglement situé derrière la paroi abdominale, il crut opportun de choisir la région inguinale comme lieu d'élection de préférence à la ligne médiane.

L'exploration à laquelle il se livra ne lui ayant pas fait découvrir l'étranglement herniaire, ses recherches furent dirigées vers le siège présumé de l'obstacle. Au niveau de l'S iliaque il sentit un gros cordon au-dessous duquel passait une anse très volumineuse d'intestin. Ce cordon n'était autre chose qu'une portion d'intestin lui-même. Ne pouvant le sectionner il tenta d'opérer la réduction de l'anse qu'il étranglait, mais ce fut sans résultat. L'unique ressource qui lui restait était d'établir un anus artificiel; cette nouvelle tentative ne lui réussit pas d'avantage, car dix jours après le malade succombait dans le collapsus et l'algidité.

L'autopsie pratiquée le lendemain révéla quelques particularités d'une certaine importance.

L'intestin formait une masse saillante divisée en deux portions par un sillon vertical situé un peu à droite de la ligne médiane. A gauche était le paquet de l'intestin grêle avec le grand épiploon relié par quelques adhérences à la paroi abdominale. A la portion droite correspondait l'S ilia-

que démesurément distendue et occupant la région iliaque droite un peu à gauche du cœcum. Celle-ci remontait jusqu'à la face inférieure du foie, adhérait faiblement par plusieurs points à la paroi abdominale en arrière de laquelle elle était placée immédiatement. En deux de ces points seulement fort peu distants l'un de l'autre les adhérences étaient plus résistantes, et au niveau du plus élevé existait une fissure verticale, par où s'échappaient des matières fécales et des gaz. La muqueuse de l'S iliaque présentait des plaques de ramolissement et d'ulcérations superficielles.

Telles sont les parties saillantes de cette observation. Nous avons maintenant à rechercher quelles ont pu être les causes d'insuccès, dans quelle mesure la laparatomie doit être rendue responsable de la mort du malade.

— Et d'abord, va-t-on nous objecter, l'observation de M. Polaillon, ne saurait sérieusement être mise en parallèle avec celle de M. Le Fort, puisque dans la prèmière seule il est question du volvulus de l'S iliaque. C'est donc sur celle-là principalement qu'il aurait fallu faire reposer vos conclusions au lieu de la combattre en lui en opposant une autre moins concluante, moins décisive. Cette objection en apparence inattaquable ne peut tenir longtemps debout, si nous descendons au fond des détails pour chacun des cas précités.

En effet il suffit de se reporter aux résultats des nécropsies pour se convaincre bien vite de l'analogie qui s'impose entre un étranglement de l'intestin par bride et un volvulus par torsion, au double point de vue de l'état lésional et de l'indication thérapeutique.

Que la constriction soit le fait de la torsion de l'intestin lui-même ou d'une bride en anneau agissant sur celui-ci, nous savons que les désordres anatomiques et fonctionnels consécutifs sont de même nature dans l'un et l'autre cas. En fait de

lésions propres aux deux variétés d'occlusion, nous retrouvons invariablement la même série progressive avec la même marche ascendante dans le processus morbide : inflammation plus ou moins avancée des tuniques intestinales, du péritoine, formation d'adhérences plus ou moins nombreuses, plus ou moins résistantes soit entre diverses portions d'intestin soit entre celui-ci et les organes de voisinage.

Le seul caractère différentiel à noter est relatif au siège des lésions et à la nature de l'agent constricteur : on peut même dire que la comparaison à ce point de vue entre le cas de M. Polaillon et celui de M. Le Fort établit en faveur du premier un plus grand nombre de chances pour le succès thérapeutique.

A supposer les difficultés de diagnostic égales de part et d'autre, n'est-il pas de toute évidence qu'entre deux cas, dont l'un nécessite la section d'une bride enserrant fortement l'intestin pour pouvoir lever l'étranglement, et dont l'autre ne réclame que de simples manœuvres du chirurgien en vue de la détorsion d'une portion d'intestin, c'est celui dans lequel la gastrotomie se complique d'une intervention secondaire par le bistouri qui présente le plus de dangers et le plus d'incertitude dans le résultat? S'il y avait donc une différence dans les chances de réussite opératoire, nous estimons que toutes autres conditions étant d'ailleurs égales, c'est le volvulus par torsion qui serait encore le plus favorisé.

— Mais, va-t-on nous objecter encore, c'est là une simple vue de l'esprit, une donnée bien plus spéculative que conforme à la réalité des faits. — Nous n'aurons pas de peine à démontrer la fragilité de cette objection, si nous nous enquérons des conditions anatomo-pathologiques dans lesquelles M. Polaillon est intervenu : cette enquête fournira sûrement la clef des difficultés auxquelles l'opérateur s'est heurté et de l'insuccès qui a suivi ses deux tentatives.

L'autopsie pratiquée le lendemain de la mort du malade, c'est-à-dire 15 jours après le début des accidents, nous apprend que la portion du gros intestin qui avait subi le mouvement de torsion avait abandonné son siège ordinaire pour se porter à droite dans la région iliaque.

En outre de ce déplacement assez considérable, l'S iliaque avait subi une modification dans ses courbures naturelles, elle n'était plus semblable à elle-même. A elle seule elle occupait pour ainsi dire presque toute la moitié droite de la cavité abdominale, puisqu'elle s'étendait de la région pelvienne à la face inférieure du foie; quelques adhérences la reliaient enfin assez intimement à la paroi abdominale. En présence de symptômes d'occlusion assez tranchés pour ne laisser aucun doute sur la nature et même le siège de la maladie, ce qui est une preuve de plus en faveur de la possibilité de diagnostiquer le volvulus de l'S iliaque, quelle devait être, à notre avis, la conduite du chirurgien?

Ouvrir largement la cavité abdominale par la ligne médiane, pour pouvoir explorer à son aise dans tous les sens toute la masse intestinale en général et plus particulièrement la portion de celle-ci qui était présumée être le siège des lésions, faire précéder, si besoin était, cette exploration de la ponction des anses distendues démesurément par les gaz, de façon à se rendre un compte plus exact de la disposition des divers segments du gros intestin, de leurs rapports entre eux et avec les organes voisins, s'assurer enfin de l'existence ou non d'adhérences anciennes ou récentes, après avoir tâché de découvrir le siège du pédicule, telle était, selon nous, la série d'indications à remplir. Eût-on été assez heureux pour détordre l'S iliaque sans intéresser sérieusement l'intestin et sans aboutir, par le fait des manœuvres opératoires surgissant pour ainsi dire sous l'œil ou la main du chirurgien explorateur, à des accidents le plus souvent irré-

médiables tels que la production d'une ou plusieurs fissures au niveau des points d'insertion des adhérences et l'épanchement consécutif des matières fécales dans le péritoine? Sans pouvoir être affirmatif sur ce point, nous estimons que la levée de l'étranglement et que le rétablissement du cours des matières eussent été obtenus plus facilement et avec de plus grandes chances de survie pour le malade, si l'opération avait été réglée d'après les indications que nous venons d'énumérer.

En faisant l'incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane, l'opérateur se fût mieux éclairé sur l'étendue du déplacement de l'S iliaque, il aurait abordé plus sûrement cette dernière portion du gros intestin, et complétant ainsi son diagnostic *de visu,* il aurait agi moins aveuglément dans ses tentatives de réduction.. Son intervention eût été d'autant plus efficace qu'il eût été mieux renseigné sur l'état de l'intestin, du péritoine, que les adhérences auraient été plus accessibles et par suite plus faciles à détruire, que la recherche du pédicule et les manœuvres nécessaires pour ramener l'anse tordue *ad integrum* eussent été pratiquées pour ainsi dire à ciel ouvert, que le champ opératoire enfin eût été plus étendu, mieux approprié au volume des organes déplacés et conséquemment plus favorable à une action directe sur ces mêmes organes.

Pour conclure, que reste-t-il donc de l'enquête à laquelle nous venons de nous livrer sur les causes probables de la différence des résultats dans les deux cas d'occlusion de M. Le Fort et de M. Polaillon? C'est que, d'abord, au point de vue des difficultés opératoires, l'étranglement par bride ne paraît le céder en rien au volvulus, qu'au contraire, de ces deux variétés d'occlusion le volvulus est celle dans laquelle le résultat opératoire est en général plus facilement atteint, et qu'enfin l'insuccès de M. Polaillon ne doit pas

incomber à la laparatomie mais plutôt aux conditions défavorables dans lesquelles l'opération a été mise en œuvre.

A l'appui de ces conclusions nous citerons encore une observation récente de renversement de l'S iliaque du côlon sur lui-même par le fait d'une bride mésentérique, que nous trouvons relatée sommairement dans la *France médicale* (1). Il s'agit d'un homme de 63 ans, auquel M. Alphonse Guérin, assisté de MM. Siredey, Boudet de Paris et du docteur Léon Blondeau, auteur de l'observation, pratiqua la gastrotomie pour une occlusion intestinale datant de dix jours. N'eût été un accident syncopal extrêmement remarquable qui suivit l'introduction de la main du chirurgien dans le péritoine, l'opération aurait marché sans encombre, car la bride mésentérique fut coupée et l'S iliaque replacée dans sa position normale sans trop de difficulté. Bien que l'opéré ait succombé quelques jours après à une péritonite suraiguë, due très-probablement à l'influence répétée du traumatisme sur le péritoine, il n'est pas moins digne de remarque que la levée de l'étranglement avait été ici obtenue et que même pendant les trois premiers jours on avait pu espérer le succès. D'ailleurs la complication de péritonite qui a emporté si rapidement le malade n'est-elle pas jusqu'à un certain point explicable par le degré d'irritabilité où devait être la séreuse au dixième jour des accidents et par l'exploration peut-être un peu trop prolongée de la cavité péritonéale?

Les phénomènes graves survenus dans le cours de l'opération et qui ont si vivement frappé le docteur Blondeau ne témoignent-ils pas d'une inflammation préexistante ou tout au moins d'une prédisposition toute spéciale à l'inflammation du péritoine ? Quoi de surprenant alors que la péritonite

(1) *France médicale,* samedi 23 février, 1884, nº 24.

ait été aggravée par l'action traumatique, ou, si elle était seulement imminente, qu'elle ait éclaté sous cette même influence. Ici encore la laparatomie ne saurait donc être rendue responsable de l'insuccès. Malgré la terminaison funeste, nous ne retiendrons pas moins de ce fait ceci : c'est qu'il a été possible de replacer l'S iliaque dans sa position normale, et que très-probablement la guérison eût été obtenue sans l'excitation déterminée du côté du péritoine par la main introduite et fouillant dans sa cavité.

Tel est approximativement le bilan de la laparatomie dans le traitement des occlusions intestinales en général et du volvulus de l'S iliaque du côlon en particulier. Il nous reste à dresser maintenant celui de l'entérotomie en interrogeant les statistiques relatives à celle-ci. Après ce dépouillement, que nous ferons aussi complet que possible, il nous sera aisé de porter un jugement raisonné sur la valeur comparative des deux modes de traitement et de nous prononcer en faveur de l'un ou de l'autre dans le cas spécial de volvulus de l'S iliaque.

Peyrot (Thèse d'agrégation), examinant l'entérotomie appliquée au traitement des obstructions intestinales, commence par faire remarquer qu'on doit n'accepter que sous de grandes réserves les résultats consignés dans la plupart des statistiques. Il existe en effet, d'après cet auteur, une cause d'erreur provenant de ce que « la plupart des cas se terminant par la mort, les opérateurs sont peu empressés à publier les résultats de leur pratique. »

Telle est aussi l'opinion de L. H. Petit, lequel dans un mémoire s'attache à mettre ce fait en lumière, s'appuyant sur les résultats contradictoires publiés par certains auteurs. Ainsi, tandis que la statistique d'Amussat se montre tout en faveur de l'entérotomie, celle d'Allingham au contraire révèle dix insuccès sur dix opérés. La vérité est, toujours

d'après Peyrot, que le chiffre des succès diminue considérablement dès qu'on tombe sur des statistiques complètes et absolument exactes.

Pour mieux catégoriser les résultats connus, nous examinerons l'entérotomie dans ses deux variétés classiques : 1° variété intra-péritonéale ; 2° variété lombaire.

La statistique de Peyrot fournit pour l'entérotomie intra-péritonéale, sur 43 cas : 25 morts et 18 cas de guérison ou de terminaison inconnue, soit une proportion de 41, 8 o/o de guérisons.

Il est à remarquer avec cet auteur que le maximum de mortalité appartient à l'étranglement interne ou au volvulus. Ainsi sur quarante-trois cas on en compte quatre de volvulus ou de torsion de l'intestin, avec trois morts pour une guérison seulement.

Parmi ces quatre cas de torsion de l'intestin figure un volvulus du côlon descendant (Leiger) et un volvulus de l'S iliaque (Dolbeau), lesquels se sont terminés par la mort assez rapidement, le premier au bout de quatre heures et le second au bout de un jour et demi.

Avec l'entérotomie lombaire, les résultats que nous relevons dans la même statistique sont tout aussi peu encourageants. En effet la proportion est ici de 4 succès seulement sur 14 cas, ce qui équivaut à une moyenne de 35 o/o de guérison, inférieure à la précédente pour l'ensemble des cas et absolument négative relativement au volvulus. La statistique ne relate qu'un cas d'étranglement de l'S iliaque (Teale) et un cas de volvulus du côlon ascendant (Avery) dans lesquels la mort est survenue pour le premier au bout de vingt heures et pour le deuxième au bout de vingt-huit heures.

En outre de la statistique de Peyrot, à laquelle nous ajoutons une confiance absolue, nous signalerons aussi celle de

Bulteau, mais plutôt à titre de document historique que comme une source de renseignements précis.

Bulteau a réuni dans sa thèse cent quarante-deux cas de colotomie lombaire qu'il a puisés lui-même aux tableaux de Doliger (1), Erskine Mason (2), Heath (3). Dans ce nombre, il entre quatre-vingt-douze guérisons et cinquante morts, soit une proportion de 63 °/₀ de guérisons. C'est à peu près aussi la moyenne indiquée par Erckelens dans un de ses travaux récents.

Si nous n'envisagions les statistiques qu'au point de vue de la variété spéciale d'occlusion qui nous occupe, nous trouverions que la moyenne baisse singulièrement : il est à noter en effet que la colotomie lombaire a été surtout pratiquée contre les rétrécissements cancéreux ou autres de l'extrémité inférieure du côlon, la torsion de l'iliaque n'entrant que pour une part insignifiante dans le cadre des lésions ayant motivé l'intervention chirurgicale.

On sait d'un autre côté le peu de valeur qu'il faut attacher à certaines statistiques quand il est établi qu'elles reposent sur des faits compulsés au hasard, n'ayant entre eux d'autre point de ressemblance que le mode de traitement qui leur a été appliqué, d'autre lien de rapprochement que l'espèce morbide sous la rubrique de laquelle ils ont été enregistrés.

Ainsi, pour la laparatomie et l'entérotomie, la discordance des résultats n'est pas moins frappante que pour les autres opérations, comme on pourra en juger par le tableau suivant :

---

(1) Thèse de Paris, 1872.
(2) Amer. journ. oct. 1873.
(3) Brit. méd. journ., 1877.

| OPÉRATIONS | AUTEURS DES STATISTIQUES | TOTAL | PROPORTIONS DES GUÉRISONS °/° |
|---|---|---|---|
| Entérotomie . . | Charpentier. | 59 | 47 |
| id . . . . | Larguier des Bancels. | 50 | 58 |
| Gastrotomie et gastro-entérotomie. | Delaporte. | 20 | 60 |
| Gastrotomie . . | Id. | 14 | 57 |
| Entérotomie . . | Id. | 6 | 66 |

D'après ces données, la proportion des guérisons ne diffère pas sensiblement de l'entérotomie à la laparotomie, l'entérotomie donnant avec Larguier des Bancels 58 °/₀ de guérisons et la gastrotomie avec Delaporte atteignant le chiffre de 57 °/₀.

Au contraire, si nous comparons entre eux les chiffres de Charpentier et de Delaporte relativement à l'entérotomie, l'écart devient sensiblement appréciable, puisque d'un côté la moyenne baisse jusqu'à 47 °/₀ tandis que d'un autre elle s'élève à 66 °/°.

Bien qu'il soit difficile de juger exactement les deux méthodes d'après les indications statistiques, on reconnaîtra cependant que la majeure partie des guérisons de volvulus de l'S iliaque revient à la laparatomie.

Larguier des Bancels (Thèse de Paris, 1870), dans un travail des plus consciencieux, se range à cette opinion en affirmant que « dans plusieurs cas où la gastrotomie a réussi, il s'agissait de torsions ou d'enroulements de l'intestin ».

De même la statistique de Duchaussoy nous apprend qu'une seule gastrotomie a été faite dans un cas de torsion de l'intestin et qu'il y a eu guérison du malade.

Si nous interrogeons les résultats des autres grandes opérations, et que nous les comparions à ceux de la gastrotomie ou de l'entérotomie, que trouvons-nous? Voici à cet égard quelques données que nous empruntons au tableau de Delaporte (Thèse de 1872 sur la gastrotomie dans les étrangl. internes) :

| OPÉRATIONS | AUTEURS des statistiques | TOTAL | PROPORTIONS des guérisons p. 100 cas |
|---|---|---|---|
| Amputations des membres, doigts et orteils . . . . | Malgaigne | 852 | 61 |
| Herniotomie. . . | Cooper et Immann | 622 | 52,41 |
| Amputation de la cuisse. . . . . | Malgaigne | 200 | 39 |
| Lithotritie . . . . | Velpeau, Civiale (hôp. de Paris, 1836-42) | 102 | 69 |
| Ovariotomie. . . | Boinet | 493 | 69 |
| Gastrotomie et gastro-entérotomie . . . . . | Delaporte | 20 | 60 |
| Gastrotomie . . . | Delaporte | 14 | 57 |
| Entérotomie. . . | Delaporte | 6 | 66 |

D'autre part, la statistique de quatre-vingts grandes amputations pratiquées de juillet à décembre 1873 à University College Hospital (Revue de Hayem, t. III, 1874), donne les chiffres suivants :

Amputations primitives..... } mortalité { 36 p. % | moyenne = 26,2
— secondaires..... } mortalité { 36,3 |
— pathologiques... } mortalité { 18,1 |

Ce chiffre de 26, 2 est assurément de beaucoup inférieur à celui de la mortalité des hôpitaux de Paris et bien au-dessous également de celui qu'Erichsen a trouvé pour une série de six cent trente-une grandes amputations pratiquées dans les différents hôpitaux de Londres (mortalité de 37.8 °/₀)

Avec les statistiques plus récentes, on arrive à coup sûr à une mortalité moindre. A peine est-il besoin de dire que la gastrotomie a bénéficié comme les autres grandes opérations des avantages de l'application à la chirurgie de la méthode antiseptique.

Les progrès de la chirurgie abdominale ne sont-ils pas en effet attestés chaque jour par les succès obtenus non-seulement dans l'ovariotomie et l'hystérotomie, mais encore pour des cas extrêmement variés dans lesquels on n'a pas hésité à se frayer une voie au prix d'une incision exploratrice? Qu'on en juge plutôt par les chiffres suivants sur lesquels Lawson Tait a attiré l'attention du corps médical au congrès international de Londres de 1881 (*France médicale*, 22 octobre 1881). Lawson Tait, sérieusement convaincu qu'en pratiquant l'ouverture de l'abdomen on pourrait intervenir utilement dans bien des cas jusqu'alors réputés inaccessibles á toute intervention efficace, a voulu rechercher cliniquement ce qu'il y avait de fondé dans sa manière de voir. La démonstration a été des plus probantes, car sur une série de trente-six cas où il a eu l'occasion de faire une incision exploratrice à l'abdomen, il n'a eu à relater qu'un seul insuccès.

Il est à noter que ces trente-six cas étaient relatifs à des affections très variées, comme l'indique le tableau suivant :

36 cas
- 1..... de calcul biliaire.
- 5..... de kystes hydatides du foie.
- 1..... d'un grand kyste du foie.
- 6..... de kystes du rein.
- 1..... d'abcès de la rate.
- 12..... d'abcès du bassin.
- 4..... de suppuration d'une trompe de Fallope
- 6..... de grossesse des trompes.

Il n'y a eu qu'un décès dans un cas de grossesse des trompes, et encore l'enfant a-t-il survécu ; la mère, elle, était trop épuisée pour qu'elle pût être sauvée.

Une mort seulement sur trente-six cas, n'est-ce pas là une série assez remarquable pour pouvoir être opposée aux séries les plus brillantes obtenues avec les autres grandes opérations?

Comparée aux autres opérations dites de grande chirurgie, la laparatomie en général peut donc être considérée comme étant une de celles qui offrent le plus de chances de succès. Est-ce à dire qu'elle doit être appréciée moins favorablement dès qu'on l'examine par rapport au volvulus de l'S iliaque? Pour qu'il en fût ainsi, il faudrait admettre que les conditions opératoires sont plus favorables quand il s'agit d'évacuer un abcès du bassin par exemple que pour défaire simplement une torsion de l'S iliaque. Or, la complication la plus redoutable, la péritonite, n'est pas moins imminente dans un cas que dans l'autre ; elle serait même, à notre sens, plus difficile à éviter dans l'abcès du bassin à cause du danger plus grand d'épanchement de pus dans la cavité péritonéale que dans le volvulus de l'intestin.

Si nous nous en tenons aux statistiques un peu moins récentes pour ce qui est des résultats de la laparatomie dans le traitement du volvulus, et plus particulièrement du volvu-

lus de l'S iliaque, c'est à cause de la pénurie d'observations relatives à notre sujet. Tandis que d'un côté les faits d'hystérotomie, d'ovariotomie, d'ouvertures du ventre pour abcès du bassin, de la rate, pour kystes du foie, du rein, ou pour tumeurs intra-abdominales, etc., abondent dans une période par exemple de six années, bien rares sont au contraire les faits d'occlusion de l'intestin, notamment de volvulus de l'S iliaque, traités par la laparatomie, qu'il est donné d'observer dans une période équivalente. A plus forte raison, pour pouvoir comparer utilement les résultats de la laparatomie appliquée au volvulus avec ceux des autres grandes opérations, devons-nous nous reporter aux séries déjà publiées et correspondant à des périodes assez longues, sous peine de faire entrer dans notre tableau des quantités qui ne seraient pas comparables.

En nous basant donc uniquement sur les chiffres précédents, nous arrivons à la conclusion suivante :

1° La laparatomie fournit une moyenne de guérisons plus élevée que la herniotomie et que l'amputation de la cuisse ; cette moyenne, d'après les résultats obtenus par Lawson Tait, pourrait même atteindre un chiffre qui n'a pas été égalé jusqu'à ce jour par les plus belles séries d'amputations et de résections.

2° L'ovariotomie est de toutes les opérations portées au tableau ci-dessus de Delaporte, celle qui donne lieu au minimum de mortalité.

Si l'on nous concède qu'il existe une certaine analogie en tant qu'opération entre la laparatomie et l'ovariotomie, pourra-t-il paraître irrationnel d'étendre cette analogie opératoire aux résultats thérapeutiques ? Ce sont en effet deux opérations abdominales offrant entre elles tant de points de ressemblance que l'on est bien autorisé, ce nous semble, à

conclure de l'une à l'autre et à juger de la valeur de celle-ci par les résultats de celle-là.

En résumé, en présence des résultats recueillis dans les statistiques antérieures à la thèse de Peyrot, en présence des progrès récents de la chirurgie abdominale si heureusement attestés par la magnifique série de succès de Lawson Tait, en présence enfin du peu de mortalité que l'on trouve dans le relevé des ovariotomies de ces dernières années, la laparatomie paraît naturellement indiquée comme le meilleur mode de traitement à opposer au volvulus de l'S iliaque.

Bien que les faits de guérison du volvulus de l'S iliaque par la laparotomie ne soient pas encore très nombreux, on reconnaîtra cependant avec nous qu'il doit être tenu grand compte des quelques cas où le but thérapeutique a été atteint, étant donné les conditions défavorables de toute sorte dans lesquelles le plus souvent l'intervention a eu lieu. Aussi, en faisant la part des cas où la réussite a été manquée plutôt par la faute de l'opérateur que par la faute de l'opération, sommes-nous autorisé à avoir confiance dans la laparatomie et à espérer que par elle bien des malades atteints de volvulus de l'S iliaque pourront désormais être arrachés aux étreintes de la mort et être ainsi sauvés contre tout espoir de salut.

## § III

## OBJECTIONS FAITES A LA LAPARATOMIE ET RÉFUTATION DE CES OBJECTIONS

1° L'objection capitale opposée par les adversaires de la laparatomie est tirée du danger que celle-ci ferait courir à l'opéré par le fait de la péritonite qu'ils prétendent être fatalement consécutive à l'ouverture du péritoine.

Certes cette objection eût été inattaquable il y a seulement vingt ou vingt-cinq ans ; mais depuis que l'ovariotomie a cessé de compter au nombre des opérations exceptionnelles pour prendre rang dans la pratique courante, son importance a singulièrement diminué. On peut même dire qu'elle n'a plus sa raison d'être en présence du nombre toujours croissant des ovariotomisées dont les guérisons s'élèvent, notamment en Angleterre, à des chiffres vraiment merveilleux.

Voici à l'appui de cette opinion quelques données statistiques empruntées à la thèse de Peyrot.

Sur 83 ovariotomisées, opérées et soignées suivant la méthode antiseptique, Spencer Wells n'a eu que 6 morts. Série ininterrompue de 38 guérisons.

Keyth d'Edimbourg, pour 306 kystes de l'ovaire qu'il a opérés, a obtenu les résultats suivants par chaque cinquantaine

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1re | cinquantaine..... | 11 | morts |
| 2e | — ..... | 8 | — |
| 3e | — ..... | 8 | — |
| 4e | — ..... | 6 | — |
| 5e | — ..... | 11 | — |
| 6e | — ..... | 0 | — |

Sur les 78 dernières opérées auxquelles on a appliqué la méthode antiseptique, il n'y a eu que deux morts, 68 ont guéri en série ininterrompue *(Brit. méd. journ.*, 1880*)*.

L'innocuité de l'ouverture du péritoine a été soutenue très énergiquement par plusieurs membres de l'association médicale britannique (*Brit med. journ.*, 1879, t. I, p. 41), surtout par le docteur Teale qui, dans une réunion célèbre de cette association médicale tenue en 1879, prit chaudement sa défense à ce point qu'il réussit à entraîner la conviction de la plupart de ces collègues. Ce n'est pas à dire

que cette opinion ait prévalu sans rencontrer d'opposants même parmi nos voisins d'Outre-Manche. L'opposition violente qu'elle souleva par la voie du docteur Bradley dans la réunio citée ci-dessus démontre suffisamment que l'adhésion unanime des chirurgiens anglais ne lui est rien moins qu'acquise.

Pour nous, nous tenant également éloigné des prétentions exagérées du docteur Teale et de ses adeptes et de la réserve par trop excessive du docteur Bradley, nous pensons que si, d'un côté, l'ouverture du péritoine constitue une opération moins dangereuse aujourd'hui grâce au perfectionnement apporté par Lister au manuel opératoire et au pansement consécutif, il y aurait témérité, d'un autre côté, à vouloir trop généraliser les indications de cette opération et à aller jusqu'à la proposer avec le docteur Teale comme une méthode d'exploration d'une innocuité absolue, applicable indistinctement à tous les cas où il paraît utile d'explorer la cavité abdominale.

2° On a prétendu que la laparatomie n'est pas assimilable à l'ovariotomie, en ce que les conditions ne seraient pas identiques dans les deux cas, les intestins démesurément distendus ayant de la tendance à se précipiter en dehors de la cavité abdominale dès que celle-ci est ouverte, ce qui n'aurait pas lieu avec l'ovariotomie. A cette deuxième objection nous répondrons avec Boinet (1) : « Dans ces cas ne pourrait-on pas sans inconvénient débarrasser les intestins de leurs gaz en pratiquant une ponction avec un trocart capillaire? La ponction de l'abdomen dans la pneumatose gastro-intestinale au moyen d'un trocart fin et d'un aspirateur est une opération simple et qui n'est pas dangereuse : »

---

(1) Boinet. De la gastrotomie dans les cas de lésions et d'étranglements de l'intestin. *Gaz. Méd.* de Paris, 1874.

Le docteur Boinet en s'exprimant ainsi le fait en connaissance de cause, car c'est après avoir retiré maintes fois les plus grands avantages de la ponction multiple pratiquée dans différentes régions de l'abdomen, et cela sans que les malades en éprouvassent le moindre inconvénient. D'ailleurs le reproche adressé à la gastrotomie de nécessiter de grands désordres soit par l'étendue de l'incision, soit par l'issue en dehors de l'abdomen d'une portion souvent considérable d'intestin distendu ne mérite pas de nous arrêter longtemps, après les succès obtenus dans la taille hypogastrique, dans l'opération césarienne, dans l'ovariotomie, et après la guérison relativement assez fréquente des grandes blessures ventrales.

Bien plus, étant donné un kyste de l'ovaire compliqué de symptômes d'étranglement de l'intestin, on a pu remédier aux deux lésions coexistantes quoique l'opération eût été tentée dans des conditions morbides spécialement défavorables. Ce fait de M. Julliard, qui est un des plus concluants que nous connaissions, suffirait à lui seul à faire justice des craintes chimériques soulevées à propos de la prétendue influence nocive de l'air sur le péritoine ; aussi, en raison de son importance, la reproduisons-nous succintement en l'empruntant nous-même à la Revue générale sur la gastrotomie de L. H. Petit (*Revue de Hayem*, t. 17, p. 311).

Voici le résumé de cette observation :

Femme de 18 ans, entre à l'hôpital de Genêve pour un kyste ovarique ayant déterminé à plusieurs reprises une constipation opiniâtre. Phénomènes d'obstruction. Sept jours après le début des accidents on se décida à opérer.

Incision de la paroi; anses intestinales distendues et agglutinées entre elles tendent à sortir; elles sont maintenues par des compresses phéniquées. Péritoine épaissi et parsemé de flocons pseudo-membraneux. On détruit les adhérences qui soudent de toute part le kyste aux organes voisins. Le kyste enlevé, on recherche l'étranglement

qu'on trouve formé par une inflexion de l'intestin en N : on doit le disséquer et couper les fausses membranes qui le maintiennent dans cette situation. Comme les matières retenues dans le bout supérieur ne s'écoulent pas dans le bout inférieur, on fait deux ponctions aspiratrices sans grand résultat, puis une compression légère du bout supérieur qui fait cheminer de proche en proche les matières. Suture de la plaie : draînage de la cavité péritonéale, pansement de Lister, guérison rapide.

Il ressort de cette intéressante observation que non-seulement l'influence de l'air sur le péritoine qui a dû être prolongée n'a pas empêché la guérison, mais encore que celle-ci a été obtenue en pleine péritonite, malgré les brides pseudo-membraneuses qui maintenaient l'intestin dans sa position vicieuse et dont il a fallu faire la section. Si l'on tient compte des complications opératoires et de l'époque tardive de l'intervention, on est obligé de reconnaître que l'ovariotomie et la laparatomie appliquée au traitement de l'occlusion intestinale, loin d'être exclusives l'une de l'autre sont susceptibles de s'allier utilement sans faire courir de danger au malade, lorsque l'indication de l'opération secondaire est commandée par l'opération primitive.

3° Une troisième objection est la difficulté de découvrir le siège de l'étranglement et la possibilité de faire une ouverture à l'abdomen sans résultat.

Nous reconnaissons que la recherche de l'obstacle présente parfois de grandes difficultés, mais depuis que l'on s'est familiarisé avec les explorations *largâ manu* de la cavité abdominale, ne peut-on pas, le cas échéant, se faire jour à travers la fenêtre pratiquée à l'abdomen, dût-on pour quelques instants vider en partie le ventre de son contenu, après avoir bien entendu pris les précautions nécessaires pour éviter toute espèce d'épanchement ou d'extravasation? A l'exemple de Boinet, on pourrait se mettre à l'abri des com-

plications inflammatoires, à la condition de ne faire rentrer les anses d'intestin exposées à l'air qu'après un examen et un nettoyage minutieux de ces mêmes organes.

D'ailleurs, sur ce point les faits sont suffisamment concluants. En interrogeant la statistique de Peyrot, on voit en effet que sur cent deux observations de laparatomie pour des cas autres que l'invagination, la statistique indique seulement trois cas où il a été impossible de lever l'obstacle au cours des matières.

*1^er^ cas.* — Dupuytren méconnut une bride énorme constituée par l'épiploon roulé en corde. Mais, ajoute Peyrot, « on peut lui reprocher d'avoir fait une ouverture étroite à l'abdomen (3 pouces), de n'avoir introduit qu'un doigt dans la cavité abdominale. Le pansement fut très défectueux, puisque la plaie fut pansée avec une compresse fenêtrée enduite de cérat et recouverte de charpie ».

*2^me^ cas.* — Cruveilhier prit un diverticule de l'intestin grêle qui comprimait une anse pour l'intestin lui-même; la méprise était ici d'autant plus facile que le diverticule par son volume ressemblait singulièrement à l'intestin.

*3^me^ cas.* — Enfin, Maunder, ayant sous les yeux une bride qui lui paraissait être la cause de l'étranglement, en opéra la section. Il méconnut ainsi un volvulus pour n'avoir fait qu'une exploration incomplète, « leçon, dit Peyrot, dont il faut savoir profiter ».

M. Tillaux, qui s'était fait le défenseur de l'entérotomie, avait insisté particulièrement sur la difficulté de s'éclairer au milieu de cette masse intestinale faisant irruption en dehors de l'abdomen (1). On sait qu'il est revenu de sa première opinion et qu'en présence des succès obtenus il s'est franchement converti à la laparatomie.

---

(1) Tillaux. — Bull. de thérap. 1870, p. 308.

La même objectiqn a été soutenue par le docteur Faucon *(Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1877, p. 732) et par M. Panas *(Bull. de la Soc. de chir.*, juin 1881), le premier à l'occasion d'un cas d'étranglement interne par torsion de l'extrémité supérieure du rectum, pour lequel il n'eut pas le temps d'intervenir, le second à propos d'une entérotomie qu'il pratiqua dans un cas semblable. Dans aucun des deux cas on n'avait recouru à la laparatomie ; le reproche qui a été adressé à celle-ci par ces deux chirurgiens reste par conséquent sans valeur.

A l'appui de notre thèse se dressent au contraire les nombreuses guérisons relatées ci-dessus, auxquelles nous ajouterons le témoignage du docteur Cazin, de Boulogne. Dans un mémoire sur la gastrotomie présenté à l'Académie de médecine, le 11 décembre 1877, le docteur Cazin proteste énergiquement contre la prétendue difficulté qu'offrirait la recherche du siège de l'étranglement, et, pour donner plus de force à son raisonnement, il fonde son opinion sur un fait remarquable d'étranglement de l'intestin traité avec succès par la laparatomie.

Que penser donc de cette assertion que le chirurgien est condamné à fouiller en aveugle dans l'abdomen? On reconnaîtra avec nous qu'elle contraste singulièrement avec les résultats acquis. D'ailleurs ce reproche ne tombe-t-il pas de lui-même depuis que la gastrotomie a des règles précises, depuis qu'elle est, selon l'expression de Parise, régularisée? On sait en effet que le cœcum constitue un point de repère sûr avec lequel il sera toujours possible de s'orienter en se guidant sur l'état de réplétion ou d'affaissement de cet organe.

D'ailleurs, à supposer que l'opération ne permettrait pas de trouver ou de lever l'obstacle, il résulte de la statistique de Peyrot que celle-ci n'aurait pas de suites fâcheuses pour

l'opéré. Ainsi sur six malades, chez lesquels l'obstacle a été insurmontable quoique l'opération ait dû être abandonnée, trois ont guéri. Les autres ont succombé non pas à celle-ci mais à l'occlusion qu'on n'a pu faire disparaître.

Telle est aussi la manière de voir du docteur Boinet que nous trouvons formulée dans son mémoire déjà cité sur la gastrotomie. L'auteur s'étonne qu'on reproche à la laparatomie d'exposer le malade inutilement aux hasards d'une opération grave, quand on sait « qu'un grand nombre de gastrotomies faites dans le but d'extirper des kystes de l'ovaire sont restées inachevées et que les malades dont le ventre avait été seulement ouvert ont promptement et parfaitement guéri de cette opération ».

La laparatomie, on le voit, permettra le plus souvent au chirurgien de se rendre un compte exact du siège et de la nature de l'obstacle. Il n'y a donc pas lieu de la rejeter sous le prétexte que c'est une manœuvre trop hasardeuse, stérile dans ses résultats et trop souvent impuissante à mettre sur la voie de la cause des accidents.

4° Un des grands inconvénients dont on a accusé encore la laparatomie, c'est, comme le fait remarquer le docteur Watson (*Edim. méd. journ.*, 1871), la difficulté de réduire la masse intestinale.

Cet inconvénient a été aussi signalé par M. Polaillon. MM. Verneuil, Nicaise, Horteloup et Spencer Watson n'ont pu que très difficilement opérer la rentrée des intestins. Pour M. Lucas-Championnière, la cause en est dans l'étroitesse de l'ouverture abdominale. Le moyen d'y remédier consisterait donc, d'après ce chirurgien, à pratiquer à l'abdomen une fenêtre aussi large que possible. Nous croyons qu'il y aura toujours avantage à suivre ce précepte.

La réduction du paquet intestinal sera encore facilitée, croyons-nous, par la ponction multiple de l'intestin faite avec

succès par le professeur Le Fort. A l'exemple de M. Le Fort, on ne craindra pas de multiplier les piqûres et on aura soin de faire voyager d'anse en anse les gaz pour les amener dans l'anse percée par le trocart.

5° Le docteur Vatson (in loc. cit.) a objecté encore la difficulté d'obtenir une réunion complète de la plaie péritonéale, d'où il résulterait une véritable éventration opératoire.

A cela, nous répondrons avec le docteur Boinet : « En supposant que cet inconvénient se présente, peut-il être mis en comparaison avec la certitude d'une mort prochainement assurée si on n'avait pas pratiqué la gastrotomie? » Mais cette objection n'est rien moins que justifiée, puisque le docteur Boinet a constaté sur une de ses opérées, chez laquelle il avait pratiqué l'ovariotomie deux fois à dix mois d'intervalle, que la réunion du péritoine avait été complète après la première opération (*Union méd.*, 1869).

La même remarque a été faite par M. Liégeois à l'autopsie d'une de ses malades qui mourut plus d'un an après avoir subi l'ovariotomie.

6o Les adversaires de la laparatomie ont enfin mis en avant la possibilité de la guérison par les efforts de la nature. M. Crisp, dans un mémoire où il a critiqué et discuté rigoureusement les objections faites à l'ouverture abdominale s'exprime ainsi sur ce point : « Ceci pourrait à la rigueur s'appliquer à l'invagination, et encore savons-nous que cette lésion expose à la récidive, à des rétrécissements cicatriciels. Quant aux étranglements par brides, torsions, quelles chances peut-on avoir de les voir guérir naturellement? »

Ce serait, à notre sens, se tromper étrangement sur la nature des lésions qui précèdent ou accompagnent la torsion de l'S iliaque et sur la marche naturelle de ces lésions que d'attendre leur guérison de la seule action médicatrice de la nature. Le chirurgien qui se renfermait dans l'expec-

tation pure et simple et resterait spectateur impassible en présence d'accidents de la plus extrême gravité contre lesquels les moyens médicaux les plus actifs auraient été insuffisants, quelle lourde responsabilité n'assumerait-il pas? On ne lui pardonnerait pas d'avoir avoué aussi ouvertement son impuissance, de n'avoir au moins rien tenté pour diminuer les chances de mort et d'avoir par son irrésolution trompé le faible espoir qu'on pouvait caresser de sauver le malade.

Mais, ce qui est plus grave encore, il aurait manqué aussi au plus élémentaire de ses devoirs. Comment, en effet, pourrait-il justifier sa conduite, alors qu'il n'est que trop démontré que la production des adhérences, soit entre les plicatures du pédicule de la torsion, soit entre les parois de l'anse ou entre celle-ci et les organes voisins, est la résultante pour ainsi dire forcée du processus morbide, et que, dans ces conditions, plus on tarde d'intervenir, plus l'obstacle devient insurmontable?

Compter sur la guérison par les seuls efforts de la nature dès que la torsion de l'intestin est suffisamment caractérisée ou tout au moins fortement présumée, c'est donc un espoir chimérique dont il serait par trop puéril de se bercer.

Sans intervention chirurgicale, pas de destruction possible des adhérences qui peuvent maintenir l'intestin en état de torsion, par suite pas de rétablissement probable du cours des matières et des gaz. Sans le recours au traitement chirurgical, la guérison est à peu près impossible, il faut donc se décider à intervenir au plus tôt sans oublier ce précepte important, que plus on se hâtera, plus on aura de chances de succès.

*Avantages de la laparatomie sur l'entérotomie.*

Ces avantages peuvent être résumés dans les conclusions suivantes :

1° La laparatomie est une opération curative tandis que l'entérotomie n'est seulement que palliative.

2° En cas d'obscurité dans le diagnostic, la laparatomie aide souvent à l'éclairer et peut ainsi devenir utile comme méthode d'exploration.

3° En permettant de constater directement la nature de l'obstacle, elle règle d'une façon sûre la conduite du chirurgien, et, si l'indication d'une opération secondaire se présente, elle ne devient pas une condition d'insuccès.

4° Même dans les cas très-rares où il est impossible de découvrir ou de lever l'obstacle, elle n'exerce pas d'influence funeste sur l'avenir de l'opéré.

La laparatomie, comme son nom l'indique, consiste à ouvrir la cavité abdominale dans le but d'aller à la recherche du siège de l'étranglement. Elle n'est à proprement parler qu'une opération préliminaire, car il est rare que, l'abdomen ouvert, tout soit fini et qu'il ne faille pas faire autre chose pour amener la désocclusion de l'intestin. Elle ne saurait avoir la prétention de suffire à la destruction des adhérences, brides, diverticules, ni même au simple redressement d'une anse tordue du volume de l'S iliaque. Pour qu'elle puisse être suivie de succès, elle doit généralement se combiner à une autre opération qui achève ce qu'elle a commencé. Ainsi comprise la laparatomie mérite bien le titre d'opération curative, puisque son but alors est non seulement la découverte du siège de l'obstacle, mais encore la levée de cet obstacle et la cessation des accidents qu'il détermine.

Avec l'entérotomie peut-on espérer de même une guérison radicale? Sans doute le malade sera soulagé après l'ouver-

ture de l'intestin, à supposer que l'incision n'ait pas été faite sur un point trop éloigné du pédicule.

Il sera soulagé d'autant plus que l'intestin était plus distendu et qu'on aura évacué une plus grande quantité de gaz et de matières. Mais ce sera tout : on aura paré aux accidents actuels, mais le plus souvent on n'aura rien gagné au point de vue de la guérison. L'obstacle persistant, le cours des matières ne saurait être rétabli; l'issue offerte aux matières et aux gaz par la plaie de l'intestin ne sera pas suffisante pour empêcher les lésions de s'aggraver. La rémission des accidents n'aura été qu'illusoire et de très courte durée. Peu de jours après surviendront à la suite d'une perforation ou de la gangrène de l'intestin des symptômes plus ou moins manifestes de péritonite, symptômes précurseurs d'une mort prochaine.

On peut juger par là combien les deux opérations sont peu comparables au point de vue du résultat. A cet égard, la supériorité de la laparatomie sur l'entérotomie paraîtra théoriquement établie, et nous ne doutons pas que la clinique à son tour confirmant les quelques succès obtenus ne vienne consacrer cette supériorité d'une façon définitive par des faits de plus en plus nombreux, de plus en plus concluants.

Comme méthode d'exploration et de diagnostic, la laparatomie offre encore des avantages incontestables ; n'avons-nous pas démontré en effet que, loin de mériter le reproche d'être une opération aveugle, en permettant au chirurgien d'explorer à fond la cavité abdominale, de constater *de visu* la nature de l'obstacle et de toucher du doigt pour ainsi dire la cause du mal, elle éclaire souvent un diagnostic incertain qui, sans elle, fût resté incomplet ou méconnu?

Nous avons déjà eu l'occasion d'insister sur ce point à propos des objections faites à la laparatomie : c'est donc un

fait acquis sur lequel on nous dispensera de nous étendre davantage.

Un troisième avantage qui découle en partie de ce qui précède, c'est la possibilité qu'a le chirurgien de régler sa conduite sur ce qu'il aura découvert et d'intervenir, en cas d'indication secondaire, après l'ouverture de l'abdomen avec au moins autant de chances de succès que s'il n'y avait pas eu d'incision exploratrice. La preuve clinique en est dans la pratique trop peu répandue de l'anus artificiel après la laparatomie.

Si nous interrogeons les chiffres à ce sujet, et nous ne saurions pour cela mieux nous adresser qu'à la statistique de Peyrot, nous trouvons que sur 13 malades ayant subi l'entérotomie pour l'établissement d'un anus artificiel après avoir été préalablement laparatomisés, 6 guérissent : ce qui nous donne une moyenne de guérisons (46 0/0) même supérieure à celle de l'entérotomie ordinaire (42 0/0).

Sans attacher à une statistique isolée et portant sur un nombre de faits aussi restreint plus d'importance qu'elle ne mérite, nous croyons cependant que les chiffres de Peyrot contiennent un enseignement précieux. Comment en effet ne pas reconnaître une certaine valeur à l'observation de Pridgin Teale, dans laquelle l'indication d'une colotomie lombaire fut tirée de la laparatomie, et à cette autre due à Johnston, où le cœcum fut choisi comme lieu d'élection de l'entérotomie, à cause de cette circonstance que l'opérateur découvrit l'existence d'une tumeur au niveau du côlon transverse?

Est-ce à dire que dans ces deux cas la guérison n'eût pas été obtenue autrement? A coup sûr, le chirurgien aurait été hésitant dans le choix du point où devait s'établir l'anus contre-nature, et peut-être les suites de l'opération eussent-

elles été moins favorables s'il avait fait porter l'incision ailleurs que sur le point précis, déterminé pour ainsi dire mathématiquement par la laparatomie préalable.

Ouvrir le gros intestin d'après des indications précises au lieu d'établir un anus artificiel à tout hasard sur la première anse qui se présente, cela doit assurément changer les conditions de réussite thérapeutique.

Il y aurait donc avantage, les faits de Teale et de Johnston nous en sont la preuve, à faire précéder l'entérotomie de la laparatomie, tout au moins dans les cas où l'on n'est pas exactement sûr du diagnostic; par ce procédé, on agit plus sûrement, on va moins au devant de l'inconnu et on se rend enfin plus utile au malade en le plaçant dans de meilleures conditions de guérison.

Relativement à la question de savoir si, au cas où la laparatomie serait sans résultat par suite de l'impossibilité de découvrir ou de lever l'obstacle, elle exercerait une influence fâcheuse sur l'opéré, nous n'avons rien à ajouter à ce qui a été dit précédemment à ce sujet. Il nous suffira de rappeler que cette opération peut être considérée aujourd'hui sinon comme absolument anodine du moins comme dépouvue de cette gravité qui l'avait fait proscrire jusqu'à nos jours. En présence de son innocuité relative et de la faible proportion de cas où l'obstacle n'a pu être découvert, on n'hésitera donc pas, on ne voudra point se priver d'une ressource aussi avantageuse pour quelques rares chances d'insuccès que l'on fait courir au malade, surtout quand il n'apparaît pas d'autre moyen de lui porter secours et de le le sauver d'une mort à peu près certaine.

Ces avantages que nous venons de passer en revue sont d'autant plus appréciables, que l'entérotomie n'est pas exempte d'inconvénients ni même de dangers.

On a reproché en effet à l'entérotomie (Voy. in Peyrot).

« 1° Le petit nombre de succès que l'on obtient ;

» 2° Le danger que l'on court d'ouvrir l'intestin trop près de l'estomac.

3° Les dangers qui résultent de la persistance de l'obstacle et qui sont de plusieurs ordres : inflammation à son niveau, troubles à distance par la réplétion persistante du gros intestin quand l'obstacle siégeant vers la portion terminale de celui-ci, l'anus artificiel se trouve établi sur l'intestin grêle (Trousseau, Robert, thèse de Besnier, 1857, p. 62).

» 4° Les inconvénients d'une guérison qui ne s'obtient que par la production d'une infirmité grave destinée à persister le plus souvent toute la vie. »

Nous ajouterons que d'après quelques chirurgiens (Nélaton, etc.), la section de l'intestin expose plus à la péritonite que l'ouverture du péritoine. Peyrot fait en outre remarquer qu'avec l'entérotomie intra-péritonéale le plus grand nombre des morts appartient à l'étranglement interne ou au volvulus. N'est-ce pas là autant de raisons qui militent en faveur de l'opération de Barbette ?

Nous voici arrivé au terme du débat soulevé à l'occasion d'un des problèmes thérapeutiques qui ont suscité le plus de controverse parmi les chirurgiens de tous les temps et de tous les pays. Pouvons-nous nous flatter d'avoir fait avancer d'un pas la solution de ce problème ? Nous ne nous dissimulons pas que c'eût été au-dessus de nos forces. Notre tâche beaucoup plus modeste devait simplement se borner à interroger les faits théoriques et cliniques déjà connus de façon à en tirer telle déduction qui parût être au moins la plus vraisemblable, la plus rationnelle et le plus en harmonie avec les résultats de l'enquête. C'est dans cet ordre d'idées que nos recherches nous ont amené à conclure que la laparatomie régularisée, loin de céder le pas à l'entérotomie, mérite au contraire de lui être préférée dans le traitement du volvu-

lus de l'S iliaque, en l'absence même de diagnostic précis, soit qu'elle suffise à remplir le but de l'intervention, soit qu'on la considère comme méthode d'exploration affirmant son rôle prépondérant par les indications opératoires qu'elle détermine.

Nous avons à rechercher maintenant quelles sont les conditions qu'elle doit remplir pour qu'elle devienne une opération vraiment curative et réalisant tous les avantages que nous avons revendiqués en sa faveur.

Cette étude fera l'objet du paragraphe suivant.

## § IV

## CONDITIONS DE SUCCÈS DE LA LAPARATOMIE

Quelles conditions doit remplir la laparatomie dans le cas particulier du volvulus de l'S iliaque pour être suivie de succès ?

M. A. Le Dentu a déjà très-nettement répondu à cette question, ou plutôt, se plaçant à un point de vue plus général, il a déterminé les conditions de succès de l'intervention chirurgicale dans la généralité des cas d'occlusion.

Bien que notre étude ait une portée moins étendue, il n'en devient pas moins pour nous un excellent guide dans le cas actuel. Aussi, croyons-nous utile de nous reporter à ses conclusions que l'on trouvera formulées, comme nous l'avons dit précédemment, dans le journal de thérapeutique (10 et 25 juillet 1876), nous réservant de nous approprier seulement celles qui nous paraîtront applicables à notre sujet.

Ces conclusions sont les suivantes :

1° Précision du diagnostic ;

2° Choix raisonné du procédé opératoire ;

3° Opportunité des opérations au double point de vue des indications générales et du moment le plus favorable ;

4° Perfection du manuel opératoire ;

5° Minutie des soins consécutifs.

1° Sous le rapport du diagnostic étiologique, il est permis de se demander d'abord si, dans l'espèce, ce diagnostic est susceptible d'une précision absolue, et, en second lieu, si cette condition est absolument indispensable pour la réussite thérapeutique. Sur le premier point, nous avons eu déjà l'occasion de formuler notre opinion. Il nous suffira donc de la rappeler brièvement en disant que le volvulus de l'S iliaque pourra être le plus souvent non-seulement soupçonné, mais même reconnu avec un certain degré de certitude, entendant par là voir dans cette variété d'occlusion une maladie non plus à diagnostic incertain mais diagnosticable avec des probabilités telles que probabilité peut être ici interprété dans le sens de certitude.

Un deuxième point à élucider est relatif à la question de savoir si la précision du diagnostic est une condition *sine quâ non* de succès, en d'autres termes si l'on ne peut espérer intervenir efficacement en l'absence d'un diagnostic exactement précis.

A cet égard, M. Le Dentu déclare « qu'une rigueur absolue dans le diagnostic n'est pas indispensable, mais que ce qu'il faut connaître à tout prix, c'est le groupe auquel appartient la cause des accidents. » Et il ajoute : « On ne peut faire un choix sérieux entre les méthodes opératoires que dès que l'on parvient à être certain que les accidents se rattachent à l'action d'une cause extérieure à l'intestin ou à une altération de ses tuniques. » Suivant ce chirurgien, l'important est donc de savoir à quel groupe de causes doit être rattaché l'obstacle à la circulation des matières, de sorte que

le problème se réduit à ceci : La cause des accidents est-elle extérieure ou non par rapport au tube intestinal?

Pour légitimer l'importance de cette distinction, il s'appuie avec raison sur ce fait que la conduite opératoire doit être bien différente dans les deux cas, la laparatomie convenant à celui des deux groupes d'occlusion où l'obstacle tombera pour ainsi dire sous la main de l'opérateur, l'entérotomie au contraire devant être réservée pour l'autre groupe que nous appellerons volontiers le groupe des obstacles insurmontables; par opposition à ceux de la première espèce plus faciles à découvrir et contre lesquels la laparatomie est le plus souvent suffisante. M. Le Dentu, d'accord en cela avec la généralité des chirurgiens, estime que « d'une manière générale, toutes les fois que l'agent de l'étranglement est extérieur à l'intestin, la gastrotomie est indiquée. » La solution du problème resterait donc subordonnée à la découverte de cette inconnue: le siège de l'obstacle par rapport à l'intestin. Pour nous, nous demeurons convaincu, comme nous avons essayé de le démontrer, que le diagnostic lui-même, en cas d'obscurité, sera mieux éclairé après l'ouverture de l'abdomen : exemple, les nombreux cas de succès de la laparatomie comme méthode d'exploration et de diagnostic.

Ce qui revient à dire que ce n'est pas la précision du diagnostic qui sert au succès de la laparatomie, mais que c'est plutôt la laparatomie qui sert à la précision du diagnostic. Telle est aussi la manière de voir d'un grand nombre de chirurgiens que nous trouvons exprimée indirectement dans cette assertion que la laparatomie est applicable à la plupart des cas d'occlusion intestinale aiguë.

M. Trélat, un de nos maîtres les plus autorisés, a insisté sur ce point quand il a avancé « qu'un jour viendra où sera formulé le précepte suivant : tout individu présentant des

phénomènes d'étranglement intestinal aigu, dont les orifices abdominaux auront été exactement vérifiés et reconnus libres, devra être opéré par la laparatomie immédiate, de même qu'il est de précepte aujourd'hui d'opérer immédiatement toute hernie étranglée qui n'a pu être réduite par le taxis ».

Pour L. H. Petit, qu'on ait affaire à des obstructions aiguës de nature certaine ou douteuse, l'indication opératoire doit être la même, il faut recourir à la gastrotomie. La seule différence qu'il indique au point de vue de la conduite à tenir entre les cas récents de torsion de volvulus et l'étranglement par brides, diverticules, appendices, anneaux accidentels, etc., consiste dans la possibilité d'essayer des moyens dits de douceur dans les cas de volvulus, de torsion, tandis que les autres réclament la gastrotomie d'emblée.

L'objection tirée de la difficulté d'arriver à un diagnostic précis a été déjà combattue dans le chapitre des objections faites à la laparatomie. Faisons remarquer seulement avec Peyrot que, si la précision du diagnostic paraît nécessaire pour le traitement des occlusions de l'intestin, c'est bien plutôt à l'occasion de l'emploi des moyens médicaux que pour l'intervention chirurgicale proprement dite. D'ailleurs l'innocuité de la laparatomie en cas de diagnostic méconnu n'est-elle pas maintenant démontrée? Ne pouvons-nous pas dire avec Peyrot que « si on se trompe, l'erreur est de peu de conséquence; on a fait une incision exploratrice dont on n'a pour ainsi dire jamais à se repentir. » Enfin, la précision du diagnostic est une condition si peu nécessaire au succès de la laparatomie que, avant Trélat, Peyrot et L. H. Petit, des auteurs recommandables tels que Larguier des Bancels, Delaporte, Polloch, Boinet, Bulteau, Follin et Duplay, etc., n'ont pas craint de recommander la gastrotomie hâtive dans tous les cas d'occlusion intestinale aiguë, les uns voulant que

l'opération soit précédée de l'essai des moyens médicaux, les autres se prononçant pour la laparatomie d'emblée.

2° Sur la deuxième conclusion portée au tableau de M. Le Dentu, et qui a pour titre : Choix raisonné du procédé opératoire, nous nous sommes suffisamment expliqué en traitant dans un paragraphe précédent de la valeur comparative des deux méthodes opératoires dans le traitement du volvulus de l'S iliaque. Disserter à nouveau sur le choix du meilleur procédé opératoire serait donc superflu et inutile. Notre préférence reste acquise à la laparatomie, c'est là un fait désormais bien établi qui nous dispensera de plus longs développements.

3° La troisième conclusion de M. Le Dentu, la plus importante, selon nous, parmi celles qui s'offrent à notre examen, est relative à l'opportunité de l'opération au double point de vue de ses indications générales et du moment le plus favorable. La notion du temps depuis lequel l'occlusion s'est produite est en effet capitale pour le pronostic du résultat opératoire. On peut dire qu'en elle se trouvent résumées toutes les indications générales, que par elle seule on peut juger avec une quasi-certitude des suites probables de l'intervention chirurgicale. Ce fait est si peu contestable et si peu contesté qu'il est admis pour ainsi dire par l'unanimité des chirurgiens.

A quel moment convient-il d'intervenir avec le plus de chances de réussite? Telle est la question que s'est posée M. Le Dentu et qu'il nous appartient d'examiner après lui.

C'est un précepte fondamental élevé presque au rang d'un axiome que dans le traitement de l'occlusion intestinale le succès dépend surtout d'une intervention hâtive. En règle générale, l'indication est de recourir à l'opération le moins tardivement possible ; en d'autres termes, le moment le plus opportun pour opérer est celui qui est le plus rapproché du

début des accidents. Cette proposition, trop rarement mise en pratique, est-elle cependant si rigoureusement exacte qu'elle doive invariablement dans tous les cas régler la conduite du chirurgien ? Avant de s'armer du bistouri, quand ou est assez heureux pour assister tout-à-fait au début du mal, n'y a-t-il jamais place pour une tentative médicale ? Loin de vouloir faire table rase des moyens rationnels dits de douceur, nous pensons qu'ils doivent être utilisés chaque fois que les désordres anatomo-pathologiques peuvent être surpris dès les premières heures de leur évolution, avant que aucune altération grave du tissu ait eu le temps de se produire et aussi avant que l'anse tordue ait perdu sa mobilité par suite du travail plastique qui aboutit à la formation des adhérences.

Au premier degré du processus irritatif, la strychnine, la belladone, les lavements purgatifs ou autres répétés, les ponctions de l'intestin aidées de l'électrisation pourront être suffisants. Leur efficacité s'explique alors par la nature des désordres. Ceux-ci sont-ils simplement fonctionnels, le traitement médical suffit le plus souvent à les faire disparaître ; sont-ils au contraire devenus organiques, ils indiquent un degré plus avancé de la maladie et ne sont plus susceptibles de guérison par le même mode de traitement.

Rappelons seulement qu'il importe de ne pas insister longtemps sur les moyens médicaux ; s'ils doivent réussir, le résultat ne se fera pas longtemps attendre et ils auront bientôt donné la mesure de leur utilité.

S'ils sont au contraire impuissants, leur emploi prolongé, outre qu'il occasionnera une perte de temps précieux, pourra devenir dangereux et nuire au succès de l'intervention chirurgicale. Ainsi limités au nombre très restreint des cas où l'étranglement est de date toute récente et où l'on suppose l'intestin et le péritoine dans une intégrité parfaite, les moyens dits de douceur énoncés ci-dessus (à l'exclusion bien

entendu des purgatifs par la bouche, des douches rectales forcées de liquide ou de gaz et des insufflations d'air par le rectum, que nous proscrivons comme inutiles ou nuisibles), pourront être tentés quelquefois avec succès, toujours sans danger à la condition que le chirurgien sache s'arrêter à temps et ne persiste pas dans leur emploi dès que leur inefficacité lui est suffisamment démontrée.

A quels signes peut-on juger de l'opportunité opératoire ? Chaque fois qu'un volvulus de l'S iliaque est caractérisé par ses symptômes spéciaux, l'indication d'opérer est formelle, surtout quand ces symptômes durent déjà depuis plusieurs jours. L'indication sera même d'autant plus pressante que le cortège symptômatique présentera plus de gravité, à moins toutefois de contre-indication absolue que nous aurons à déterminer dans le paragraphe suivant.

On peut dont établir une relation inverse entre l'urgence de l'opération et son opportunité, et formuler ce précepte en disant que plus l'état général du malade sera grave moins il y aura de chances pour lui de bénéficier de la laparatomie. Ce qui découle de là, c'est la nécessité de choisir pour l'intervention le moment le plus éloigné des accidents ultimes si l'on veut se placer dans les meilleures conditions de succès. Ainsi, les chances commenceront déjà à diminuer lorsque aux vomissements fréquents, aux douleurs intenses accompagnées d'une grande agitation s'ajoute une altération rapide de la physionomie, de tels symptômes réunis indiquant une allure grave de la maladie.

Même condition défavorable quand on est en présence de certaines occlusions à marche insidieuse, caractérisées seulement par de l'agitation, sans douleur et sans vomissements, de la soif sans fièvre, de la sécheresse de la langue et de l'augmentation du nombre des inspirations et de l'accélération du pouls.

Ici, l'appareil symptomatique est peu de chose, mais le danger n'en est pas moins imminent, la situation n'en est pas moins désespérée et commande la plus grande vigilance de la part du chirurgien.

L'abaissement de la température, sans constituer précisément une contre-indication opératoire, devra cependant inspirer des craintes sérieuses sur l'issue de l'opération.

Enfin, dans la période ultime, quand le malade pour ainsi dire agonisant présente un aspect grippé de la face, de la cyanose des extrémités, avec petitesse du pouls et sueurs profuses et visqueuses, toute tentative chirurgicale devient inutile ; il reste alors si peu de chances de succès que la seule indication rationnelle est de ne pas opérer, pour ne pas encourir, comme dit Celse, le reproche d'avoir tué son malade.

Nous voici descendu à la limite inférieure dans l'échelle décroissante des conditions symptomatologiques en rapport avec l'opportunité opératoire ; nous l'avons même dépassée en empiétant sur le chapitre des contre-indications. Il nous reste à examiner si dans les observations que nous avons pu analyser il ne serait pas possible de puiser quelque indication utile sur le moment le plus favorable pour une intervention efficace.

Dans un cas de Billroth (loc. cit. in Peyrot), relatif à une torsion du cœcum et d'une portion d'intestin grêle qui ne fut diagnostiquée qu'à l'autopsie, les symptômes d'occlusion duraient depuis 30 heures seulement quand le chirurgien, croyant avoir affaire à un étranglement herniaire, se décida à invervenir. L'erreur du diagnostic fut peut-être la seule cause de l'insuccès, car on ne découvrit aucune altération du péritoine ni de l'intestin, celui-ci étant seulement énormément distendu, comme c'est la règle dans les occlusions du gros intestin. Quoiqu'il en soit, il n'est pas inutile de retenir de

ce cas malheureux ceci : c'est que le péritoine et l'intestin étaient absolument intacts, qu'il n'existait aucune contre-indication opératoire liée soit à l'état général, soit à la nature des lésions, que, conséquemment vu la période peu avancée de la maladie, le sujet était à ce moment parfaitement opérable, et que l'insuccès ne peut être attribué ici qu'à la défectuosité du manuel opératoire.

Spencer Watson (in Peyrot loc. cit.) opéra au huitième jour pour une obstruction qu'il avait lui aussi attribuée à un étranglement herniaire et que l'autopsie démontra avoir été occasionnée par une torsion de l'S iliaque. L'observation relate, que, vu l'état inquiétant du malade, l'opération dut être abandonnée et que la mort survint le lendemain.

Quoique ce fait ne nous paraisse pas probant au point de vue de la non-opportunité opératoire, puisque l'opération pratiquée en vue de remédier à un étranglement herniaire avait laissé subsister le véritable obstacle, il n'en est pas moins cependant aussi digne de remarque que le précédent, en ce qu'il nous instruit du danger qu'il y a à opérer aussi tardivement. Il nous apprend que toute opération retardée jusqu'au huitième jour risque fort d'être condamnée à un échec certain ; c'est là un enseignement qu'il convient de ne pas oublier.

Une observation non moins instructive à cet égard est celle de M. Potain relativement à un volvulus de l'S iliaque (voir plus haut in. obs. de volvulus), lequel se termina par la mort le sixième jour après le début des accidents. Ici, le mode d'intervention ne saurait être incriminé, la malade n'ayant subi aucune opération. Ce n'est donc pas au choc opératoire mais bien à la marche rapide des phénomènes généraux que celle-ci a dû succomber, et elle a succombé a qnel moment ?

Le sixième jour qui a suivi l'apparition des premier symptômes.

En fait de lésions intra ou extra-intestinales capables d'expliquer la mort, l'autopsie n'en a révélé aucune. A part la torsion de l'anse et l'obstruction de sa cavité par des gaz et des boules fécales durcies, point de lésions appréciables dans l'épaisseur des parois, si ce n'est quelques fausses membranes péritonitiques récentes à la surface de l'S iliaque. En réalité rien ne s'opposait à ce que l'anse tordue eût pu être rétablie dans ses rapport normaux, à en juger du moins par l'absence d'adhérences résistantes et par la possibilité de détordre cette anse sur le cadavre en lui faisant faire un tour complet et demi. A quelle cause rattacher donc la mort de la malade, alors que ni l'influenee opératoire, ni l'état des organes ne peuvent être mis en cause, si ce n'est au trouble profond apporté par voie réflexe et peut-être aussi un peu mécaniquement à l'innervation et à l'hématose, par suite de la présence prolongée dans l'intestin de matières stercorales durcies, d'une part, et de la distension gazeuse excessive allant jusqu'à déterminer le refoulement du diaphragme d'autre part ? En admettant que notre interprétation soit exacte, est-ce à dire qu'il faille tirer de ce fait une conclusion sérieuse au point de vue spécial que nous avons à examiner? De par cet exemple, sommes-nous enfin suffisamment fondé à affirmer qu'à partir du sixième jour l'opération cesse d'être opportune ? A cet égard, les faits assez nombreux d'occlusion ayant emporté le malade en moins de temps ou dont la terminaison funeste a été bien plus tardive, répondent pour nous d'une façon non équivoque. Et d'ailleurs, ces différences dans la marche et la terminaison des symptômes pathologiques trouvent une explication suffisante dans les différences individuelles de résistance vitale aux mêmes impressions morbides, autrement dit, dans ces idiosyncrasies à formes diverses dont nous retrouvons la marque constante dans l'évolution si différente de maladies relevant pourtant d'une

même espèce et d'une même variété nosologiques. En faisant la part de ces différences individuelles et restant ainsi d'accord avec les résultats cliniques, nous concluerons de l'observation de Potain que, dans le choix du moment favorable pour opérer, il faudra s'inspirer avant tout du degré de résistance du sujet, de son état général, de la nature des symptômes généraux, de l'allure enfin que semble revêtir la maladie. Ce point de diagnostic souvent difficile à élucider, nous paraît être tout aussi sinon plus important encore que le diagnostic du siège et de la nature de l'obstacle au point de vue de l'indication opératoire. On peut affirmer aussi, sans pouvoir préciser davantage, que le moment le plus favorable pour l'intervention sera celui qui est le plus rapproché du début de la maladie et que, en général, ce moment ne doit pas être retardé jusqu'au sixième jour.

Un autre exemple de torsion de l'S iliaque se terminant rapidement par la mort, quoique rien dans le mode d'invasion dans les phénomènes tant locaux que généraux fit pressentir un pareil dénouement, nous est fourni encore par un cas à peu près analogue au précédent, que M. Potain eut l'occasion d'observer peu de temps après le premier. Le ballonnement du ventre accompagné d'une légère dyspnée et une constipation persistante depuis huit jours tel était l'appareil symptomatique dans toute sa simplicité. L'aspect général du malade était si peu inquiétant, qu'il était impossible de soupçonner l'imminence d'un danger et que l'on ne crut pas à l'urgence d'une opération.

Néanmoins, malgré la bénignité apparente des désordres, la mort survint d'une façon inattendue dans la nuit qui suivit l'entrée du sujet à l'hôpital. Voilà un malade atteint de volvulus de l'S iliaque, dont les symptômes, de date apparemment assez récente, ont été aussi silencieux que possible jusqu'au

dernier moment, qui a succombé brusquemènt, sans cause connue, sans qu'à l'autopsie on ait trouvé de lésions pour expliquer une mort aussi rapide. Nous ne nous dissimulons pas combien devait être hésitante la conduite du chirurgien en pareil cas. Notons toutefois qu'au-dessus de l'étranglement la muqueuse de l'intestin présentait une coloration feuille-morte symptomatique assurément d'un commencement de sphacèle.

Cette dernière notion ne manque pas d'une certaine valeur, en ce sens que si elle ne nous fixe pas beaucoup sur la cause réelle de la rapidité de la mort, elle peut du moins nous éclairer au sujet de la durée probable de la maladie. Elle indique que le début des accidents devait remonter à plusieurs jours, que sans doute à un moment plus rapproché du début, le chirurgien mis en éveil par tel ou tel symptôme qui a pu échapper au malade ou bien précisément par la marche insolite des phénomènes aurait été amené à reconnaître en temps opportun la nécessité de l'intervention chirurgicale.

De là un nouvel argument qui vient en quelque sorte à l'appui des faits déjà invoqués en faveur de l'utilité d'une intervention hâtive.

Relativement encore à l'opportunité opératoire, au point de vue du moment le plus favorable, l'observation du Dr A. Faucon, reproduite plus haut renferme des renseignements précieux.

Il s'agit d'un vieillard de 60 ans, entré à l'hôpital pour une hernie inguinale droite, facilement réductible et chez lequel se manifestèrent à un moment donné des accidents intestinaux que le Dr Faucon attribua à une irritation du cœcum par rétention des matières fécales. Le malade se plaignait en effet de n'être point allé à la selle depuis quatre jours, ce qui ne laissait pas de le rendre inquiet sur son état. Dans

l'hypothèse d'une obstruction cécale par amas de matières stercorales, il fut prescrit une bouteille d'eau de Sedlitz. Après l'administration du purgatif, se déroulèrent une série de phénomènes graves par eux-mêmes mais surtout par leur soudaineté et leur intensité, tels que vomissements répétés, alimentaires d'abord, puis bilieux et enfin fécaloïdes, ballonnement de plus en plus considérable du ventre, douleurs violentes à l'hypogastre dont le summum était localisé à la fosse illiaque droite, algidité et gêne considérable de la respiration. La marche de ces accidents avait été foudroyante, car il avait suffi de quelques heures à peine pour leur évolution et le malade avait déjà succombé avant l'arrivée dn Dr Faucon pour sa nouvelle visite.

L'autopsie pratiquée 36 heures après la mort démontra outre l'existence d'une torsion de l'extrémité supérieure du rectum une disposition spécialement compliquée de l'S iliaque, qui s'était infléchie de façon à former deux anses enchevêtrées. Au déplacement de l'S iliaque correspondait en même temps un changement dans les rapports du mésocôlon iliaque gauche : celui-ci en effet, entraîné par la portion du gros intestin comprise entre le côlon descendant et le rectum se trouvait occuper par rapport à l'extrémité supérieure du rectum une position telle qu'il contribuait à augmenter l'étranglement commencé au niveau du point de fusion de l'S iliaque et du rectum par le fait de la torsion rectale.

Du côté du péritoine on trouve les traces d'une inflammation généralisée à la première période, mais point de fausses membranes. Pas d'adhérences entre les plis de torsion, pas d'altération des tuniques intestinales au niveau de l'étranglement. Cependant une certaine quantité de liquide louche, à odeur fécaloïde, trouvée dans le petit bassin, témoignait de l'existence d'une perforation de l'intestin dont

le siège ne fut pas difficile à découvrir. En effet sur l'une des bosselures de la face antérieure du cœcum existait au niveau de l'insertion d'une bride fibreuse un pertuis circulaire comme taillé à l'emporte-pièce pour la muqueuse et la couche musculaire seulement, auquel correspondait une ouverture longitudinale de la séreuse. Par quel mécanisme a pu se produire cette déchirure nous n'avons pas à le rechercher actuellement. Il nous suffit de constater que des brides fibreuses existaient à la surface cœcale, que l'existence de ces brides, qu'elle qu'en fût la nature, indiquait un travail inflammatoire antérieur de la partie du péritoine qui recouvrait le cœcum. Ceci est utile à retenir comme démonstration nouvelle de l'impossibilité de soupçonner parfois certains états péritonitiques qui restant méconnus faute de signes caractéristiques laissent le chirurgien dans une quiétude trompeuse jusqu'à ce qu'apparaissent des phénomènes fatalement mortels de la nature de ceux auxquels a succombé le malade de M. Faucon.

On comprend aisément combien dans un cas semblable il serait important de faire un diagnostic précoce du début de la maladie. A ce titre l'observation qui précède ne manque pas d'intérêt. En suggérant à son auteur la possibilité de reconnaître de bonne heure un obstacle siégeant à l'extrémité supérieure du rectum, elle indique par cela même le moyen de remédier aux désordres pour ainsi dire dès leur invasion, et de se mettre en garde contre les surprises décevantes auxquelles il n'est que trop souvent donné d'assister. Le problème si obscur de l'opportunité opératoire se trouve par le fait simplifié. Désormais il ne sera pas besoin d'attendre que l'occlusion intestinale ou les complications secondaires se soient dévoilées au grand jour pour juger s'il y a lieu ou non d'intervenir. Avec les trois symptômes suivants : ténesme rectal, constipation, vacuité du rectum auxquels nous ajouterons la rétraction de

l'anus signalée par Bayon (Thèse de Paris, 1858. Bayon), on pourra toujours être renseigné à temps non-seulement sur l'existence d'une occlusion du gros intestin, mais encore sur le siège probable de l'obstacle et par suite sur l'indication précoce de l'intervention chirurgicale. Le docteur Faucon attache à ce triple signe une grande valeur et nous reconnaissons avec lui qu'il eût pu être précieux dans le cas actuel. Ne peut-on pas admettre en effet que si le chirurgien eût été en possession de cet élément de diagnostic, il se serait peut-être décidé de prime abord sinon à intervenir chirurgicalement du moins à pratiquer une ou plusieurs ponctions évacuatrices, dans le but de gagner du temps, de prévenir le danger toujours imminent de rupture du cœcum pa ampliation exagérée de sa cavité et de placer ainsi le malade dans des conditions de survie au cas où l'insuffisance de ce moyen aurait démontré la nécessité d'une opération curative? Quoi qu'il en soit, telle devrait être, à notre avis, la conduite du chirurgien en pareil cas.

Chaque fois qu'on se trouve en présence d'une constipation datant de plusieurs jours, indépendante d'une de ces causes banales qui cèdent d'habitude à l'emploi d'un purgatif, on doit se tenir en éveil et soupçonner un obstacle sur un point de l'intestin. Lorsqu'à ce symptôme viennent s'ajouter le ténesme rectal et la vacuité du rectum, la présomption acquiert alors presque la valeur de la certitude. Dès ce moment l'indication est de ponctionner d'abord l'intestin pour donner issue aux gaz et aux matières alvines, d'associer même dans certains cas à la ponction les lavements purgatifs et l'électrisation et de recourir ensuite au plus tôt à l'ouverture du ventre si les moyens médicaux n'ont pas réussi rapidement à faire cesser l'étranglement.

Sans doute le fait observé par le docteur Faucon ne rentre pas dans les cas ordinaires, et les accidents d'habitude ne

suivent pas une marche aussi rapide. Mais il faut compter en clinique avec les exceptions, et nous pensons que le chirurgien, sous peine de tomber dans un optimisme dangereux, ne doit jamais oublier ce précepte, mais au contraire a pour devoir de s'en inspirer particulièrement à l'occasion d'une maladie comme le volvulus de l'S iliaque dont le pronostic est entouré de tant d'incertitude, dont la terminaison est sujette à tant de variations et dépend d'un enchaînement de causes si diverses, si complexes.

Dans les deux observations de volvulus de M. Léger, reproduites plus haut, on remarquera que si les phénomènes ont évolué d'une façon moins insidieuse et moins foudroyante, la mort n'en est pas moins survenue dans un cas vers le septième jour et dans l'autre au huitième jour de la maladie.

Nous rappellerons encore les deux faits de volvulus de l'S iliaque consignés dans le mémoire de Melchiori (voir in observations) pour faire observer que chez ces deux malades la mort est survenue en très peu de temps, chez l'un en 68 heures, chez l'autre en 64.

La thèse de Bayon sur l'étranglement interne (Bayon, Thèse de Paris, 1858) renferme aussi une observation de torsion de l'S iliaque, de laquelle il résulte que le malade mourut en moins de cinq jours.

Le malade qui a fait l'objet de l'observation de M. Prioleau, après avoir vu disparaître une première fois ses symptômes d'occlusion grâce au cathétérisme rectal, retomba dans le même état que précédemment deux jours après sa sortie de l'hôpital. Cette rechûte dont le malade paraît avoir été seul responsable entraîna la mort de celui-ci en moins de six jours.

Par contre, le succès obtenu par le docteur Cazin de Boulogne (Mémoire de M. le docteur Cazin sur la gastrotomie présenté à l'Académie de médecine, le 11 décembre

1877) dans un étranglement de l'intestin grêle par diverticule pour lequel la gastrotomie fut pratiquée 38 heures après le début des accidents démontre l'utilité d'une intervention hâtive. Cet auteur fait remarquer que parmi les faits observés par lui il en est bien peu qui aient été opérés avant le quatrième jour; malgré cela, ajoute-t-il, on a enregistré des succès.

Le plus souvent, lorsque l'opérateur intervient, il se trouve en présence d'une péritonite latente ou d'une gangrène confirmée, qui malheureusement n'avaient pu être reconnues avec une certitude suffisante : de là les insuccès dont la gastrotomie est injustement rendue responsable; de là aussi la nécessité de ne compter que très-peu sur la valeur des symptômes ordinaires puisqu'il est démontré que certaines occlusions graves peuvent évoluer sans manifestations sensibles; de là enfin l'indication de faire du diagnostic probable du début de la maladie la seule base sérieuse de la détermination opératoire.

D'après les exemples qui précèdent, on peut juger de la rapidité relative de l'évolution du volvulus iliaque : ce n'est qu'exceptionnellement que la maladie dure plus de huit jours, comme par exemple dans le cas de M. Polaillon, où la mort ne survint qu'au bout de quinze jours. Encore cette anomalie dans la marche des accidents peut-elle s'expliquer ici par l'opération palliative de l'entérotomie que M. Polaillon fit subir au malade, et à laquelle ce dernier dut sans aucun doute de voir prolonger ses jours.

La notion que nous avons cherché à acquérir de l'évolution ordinaire du processus morbide dans l'étranglement de l'S iliaque par torsion, était nécessaire pour établir le degré d'opportunité opératoire suivant le moment où l'on intervient.

En nous basant sur cette notion, nous voici donc amené à conclure :

1° Que l'opération tentée au huitième jour est généralement mortelle.

2° Que l'opération tentée au sixième jour ne donne que de faibles chances de guérison.

3° Que l'opération tentée au quatrième jour donne de grandes probabilités de guérison.

4° Que l'opération tentée au deuxième jour donne la certitude de la guérison.

Les règles qui précèdent, bien qu'elles ne découlent pas de faits cliniques indiscutables et qu'elles ne puissent pas se recommander encore de l'autorité de l'expérimentation, ne méritent pas moins, selon nous, d'être proposées à l'examen des chirurgiens. Elles nous paraissent être l'expression raisonnée des rapports que nous avons reconnus exister entre le plus ou moins de chances d'opérer avec succès et la période de la maladie où l'on pratique l'opération.

*4° Association de la laparatomie avec l'entérotomie ou la résectomie suivant les indications secondaires tirées de la laparatomie.*

Pour compléter ce que nous avons déjà dit de l'opportunité opératoire au point de vue des indications générales, il nous paraît nécessaire en raison de l'importance du sujet, d'accorder une place spéciale à l'étude des indications opératoires secondaires tirées de la laparatomie.

En élargissant ainsi le cadre des conditions de succès tracé par M. Le Dentu, nous aurons mieux l'occasion de montrer comment la laparatomie pour être vraiment efficace peut et doit être suivie de telle ou telle opération dans certains cas de volvulus de l'S iliaque.

A propos de l'examen des objections faites à la laparatomie, nous avons fait remarquer que non-seulement celle-ci ne crée pas de dangers sérieux, mais encore qu'elle ne s'oppose pas à la création d'un anus artificiel au cas où le résultat n'aurait point été satisfaisant. Nous avons même cité des exemples d'entérotomie secondaire ayant eu une terminaison favorable. Dès lors la possibilité de recourir avec succès à l'incision de l'intestin après l'ouverture du ventre étant déjà un fait acquis, il ne nous reste plus, pour en finir avec l'entérotomie considérée comme opération secondaire, qu'à rechercher dans quelles circonstances elle peut être associée utilement à la laparatomie.

Plusieurs cas peuvent se présenter :

1er cas : l'obstacle est de nature à ne pouvoir être levé ;
2e cas : il y a absence d'obstacle pouvant être levé ;
3e cas : l'obstacle est différent de celui que l'on soupçonnait ou résulte de causes multiples.

*1er cas.* — Pour ne parler que du volvulus de l'S iliaque, les faits de Billroth, W. Spencer, Reali, etc. (voy. in Peyrot) relatifs à des torsions impossibles à défaire, démontrent la nécessité de recourir à l'ouverture de l'intestin au-dessus de l'obstacle pour permettre le retour de la circulation des matières.

Dans le cas de Reali notamment, les difficultés de réduction étaient telles que la torsion ne fut défaite qu'au prix d'incisions nombreuses de l'intestin.

Peyrot cite plusieurs faits (in Peyrot, p. 98) dans lesquels la laparatomie ayant permis de diagnostiquer une tumeur cancéreuse, on put prolonger la vie du malade en créant un anus contre nature.

Le diagnostic de la nature de l'obstacle, une fois que son siège probable est découvert, n'est pas en effet toujours

exempt de difficultés. Pour preuve encore, le cas remarquable du professeur Guyon (voir in Peyrot) à propos duquel cet habile chirurgien étant hésitant entre un volvulus et un cancer de l'S iliaque ne fut tiré d'embarras que grâce à la laparatomie.

Ce n'est pas tout que de reconnaître la nécessité de donner une issue facile aux matières retenues au-dessus de l'obstacle. Le but thérapeutique étant nettement défini, il reste à choisir, comme dit M. Verneuil, entre les moyens capables de l'atteindre. Pour que notre étude sur la laparatomie fût complète il ne serait sans doute pas inutile de lui donner pour corollaire quelques développements sur les opérations secondaires qu'il convient de pratiquer suivant que le volvulus de l'S iliaque coexiste avec telle ou telle variété d'occlusion intestinale ; mais à parcourir ainsi toute la thérapeutique chirurgicale des occlusions intestinales nous risquerions fort d'aller au-delà des limites de notre sujet. Aussi, pour ce qui est des indications plus ou moins éloignées nous en tiendrons-nous simplement aux préceptes reconnus classiques et admis comme tels par la généralité des chirurgiens.

Relativement à la conduite opératoire à suivre en présence d'un carcinôme de l'S iliaque, qui en aurait imposé pour un volvulus avant l'ouverture exploratrice comme dans le cas du professeur Guyon, nous pensons que l'insuccès de ce dernier ne doit pas faire rejeter absolument la résectomie. Un fait malheureux ne suffit pas pour condamner une méthode. Pourtant, en raison des avantages reconnus à la colotomie dans les cancers du rectum, ne serions-nous pas éloigné de recommander cette pratique, si la dégénérescence occupe un point un peu plus élevé sur l'extrémité inférieure du côlon. « Il ne faut pas toucher, dit M. Trélat, aux cancers du rectum étendus s'ils ne déterminent pas d'accidents....., et

dès qu'ils apparaissent, il faut sans tarder recourir aux opérations palliatives. » Ce principe admis aussi par M. Verneuil domine toute l'étude de l'intervention chirurgicale dans les cancers du rectum. Est-ce à dire qu'il doive régler de même la conduite du chirurgien dans les cancers siégeant au-dessus du rectum?

Est-il rationnel de conclure des résultats peu encourageants de l'ablation totale du cancer rectal à l'abandon de la résectomie dans les rétrécissements cancéreux de l'S iliaque? Quoique nous ne puissions nous prononcer à cet égard en l'absence de faits suffisamment nombreux, il est cependant une considération importante à faire valoir en faveur de cette dernière méthode de traitement, c'est la possibilité de dépasser les limites du néoplasme quand on opère sur une portion d'intestin aussi mobile et aussi accessible que l'est l'S iliaque. Si l'on tient compte de cette différence dans les conditions opératoires, ainsi que de l'étendue ordinairement plus grande des lésions dans le cancer rectal, ne semble-t-il pas que la résection d'une portion de l'S iliaque doive donner une survie plus longue que la rectotomie? A vrai dire, la comparaison de la résectomie avec la colotomie dans les rétrécissements cancéreux du rectum est tout à l'avantage de cette dernière. En outre, depuis qu'un certain nombre de colotomies ont été pratiquées avec succès pour des rétrécissements de même nature siégeant à l'S iliaque, nous sommes fixé sur la valeur thérapeutique de cette méthode; aussi, bien que nous soyons moins prévenu contre la résection iliaque que contre les prétendues extirpations radicales de cancers du rectum, donnerions-nous la préférence à la colotomie dans les cas où la dégénérescence porte sur l'S iliaque, à moins d'indication spéciale de faire la résection, telle que l'existence d'une plaque indurée circonscrite, peu étendue, n'ayant pas envahi toute l'épaisseur de la paroi intestinale et libre d'adhérences avec les parties voisines.

Mais la colotomie peut s'exécuter par deux méthodes différentes : la méthode inguinale ou de Littre, et la méthode lombaire ou de Callisen. A laquelle des deux nous rallier dans le cas présent ? Il nous serait à la vérité difficile de faire choix de l'une à l'exclusion de l'autre en présence des résultats également heureux attribués à chacune d'elles. Entre la colotomie iliaque défendue par MM. Verneuil et Richet, et la colotomie lombaire recommandée par MM. Trélat, Labbé, Tillaux, avec la plupart des chirurgiens anglais, notre embarras serait grand, si nous ne savions qu'en l'espèce, le champ opératoire étant plus étendu et la lésion qu'on se propose de supprimer étant plus accessible que sur le trajet du conduit rectal, il y a bien des chances pour que le chirurgien se détermine d'après ce qu'il aura vu, d'après telle ou telle circonstance particulière et surtout d'après le siège et la hauteur du rétrécissement.

Revenons à la torsion de l'S iliaque et aux indications opératoires secondaires qui peuvent s'y rattacher.

L'obstacle au cours des matières peut être insurmontable, soit parce que les anses déplacées se trouvent dans un enchevêtrement inextricable, soit parce qu'il existe des adhérences nombreuses, résistantes, difficiles à atteindre, et dont la section nécessiterait des manœuvres qui en prolongeant un peu trop la durée de l'opération, mettraient en danger les jours du malade. Dans de telles conditions, quelle conduite tenir ? Si les tentatives de détorsion échouent et que la gravité des accidents résulte uniquement de la constriction exercée sur l'intestin par l'intestin lui-même, ne pourrait-on pas à l'exemple de Reali sectionner l'intestin après l'avoir attiré préalablement au dehors ?

Si, au contraire, l'état grave du sujet ou des lésions contre-indiquait une telle manière de faire, ne resterait-il pas la ressource de la création d'un anus artificiel ? En ce cas, on ne

ferait sans doute qu'une opération palliative, mais n'eût-on prolongé la vie du patient que de quelques jours, ce serait, à notre sens, un bénéfice, dont il y aurait encore lieu de se réjouir.

De même, en cas d'adhérences multiples et profondes, lorsqu'on n'a pas l'espoir de mener à bien l'opération, nous estimons que le meilleur parti serait d'ouvrir l'intestin au-dessus de l'obstacle. En créant une dérivation même temporaire pour les matières stercorales on se rendrait plus utile au patient qu'en refermant l'abdomen sans avoir pu lever l'étranglement.

*2^e^ cas.* — Si on ne trouvait pas d'obstacle malgré les recherches les plus minutieuses, quelle serait l'indication à remplir ? La question a été jugée diversement : les uns se sont contentés de refermer l'abdomen et ont obtenu quelques guérisons; les autres ont pratiqué, souvent avec succès, l'opération de Littre ou de Callisen. Les cas de Péan, Verneuil, etc., cités par Peyrot, témoigneraient en faveur de cette dernière pratique. Sans que nous puissions baser notre choix sur des faits suffisamment nombreux, nous pencherions vers l'ouverture de l'intestin. Dans ces conditions, en effet, l'entérotomie offre moins d'inconvénients que lorsqu'elle est pratiquée d'emblée, attendu que le lieu d'élection pour l'établissement de l'anus artificiel peut être ici précisé avec certitude, et qu'en l'absence probable de lésions organiques formant obstacle, il y a de grandes chances pour la guérison de cet anus artificiel.

*3^me^ cas.* — Il peut arriver enfin que l'obstacle soit différent de celui que l'on soupçonnait ou bien qu'il soit multiple quant à son siège et quant aux causes immédiates de sa production. Que faire en pareil cas?

Supposons que l'S iliaque, au lieu d'être tordue sur son axe on sur son mésocôlon soit comprimée par un diverticule

intestinal, par une bride épiploïque ou par toute autre cause indépendamment d'une tumeur, il suffira de reconnaître l'erreur de diagnostic pour remédier aux lésions que l'on découvrira par une intervention appropriée. On se comportera vis-à-vis du diverticule ou de la bride comme nous l'indiquerons plus loin à propos du manuel opératoire.

Si la torsion de l'S iliaque se trouve coexister avec une variété d'étranglement interne, il y aura une indication opératoire de plus, laquelle sera en rapport avec la nature de l'étranglement. Celui-ci est-il dû à un anneau accidentel, il y aura lieu de dégager l'anse enserrée dans cet anneau. Résulte-t-il d'adhérences maintenant accolées entre elles les parois d'une ou plusieurs anses, c'est à la section de ces adhérences qu'il faudra recourir. Est-il produit par un rétrécissement fibreux situé en un point de l'intestin grêle, la résectomie sera peut-être indiquée, et elle le sera d'autant mieux que l'intestin en ce point sera gravement atteint dans sa vitalité.

On le voit, la conduite opératoire diffèrera suivant la nature des lésions complicatives : d'où l'importance de se livrer à une exploration aussi minutieuse que possible de la cavité abdominale lors même qu'on aurait découvert l'obstacle dont on soupçonnait le siège et la nature, de là aussi la nécessité d'utiliser la laparatomie comme un moyen précieux de confirmer, de corriger ou de compléter son diagnostic.

Lorsque le volvulus de l'S iliaque est compliqué de sphacèle ou de perforation de l'intestin, quelle doit être la conduite du chirurgien? En pareil cas, on a proposé de faire la résection du la portion d'intestin gangréné ou de vitalité douteuse, et, à vrai dire, les quelques efforts tentés timidement jusqu'ici sont assez encourageants pour que nous nous ralliions à cette manière de faire. En effet les statistiques

récentes font mention d'un cas remarquable de guérison dû à Reybard, en 1843, et de deux résectomies pratiquées avec non moins de succès par Kocher (de Berne) à une époque plus rapprochée de nous, puisque l'une date de 1878, et l'autre de 1880.

Voici quelles sont les conclusions que M. Wolfler a cru devoir tirer des cas par lui observés de résection du gros intestin (Voir *in France médicale*, 19 janvier 1884, p. 105).

« Les résections des parties du gros intestin qui sont très mobiles, comme le côlon transverse et l'S iliaque, présentaient le plus de chances de guérisons. Au contraire, les résections des parties du gros intestin qui sont plus cachées et qui ne sont fixées que par une courte attache comme aux côlons ascendant et descendant, se sont toujours terminées par la mort. »

Comme M. Verneuil, il conclut à la nécessité de créer le plus souvent un anus contre nature après la résection de l'intestin ; mais les conditions étant des plus favorables quand il s'agit de l'S iliaque, nous ne doutons pas que notre cas ne rentre dans la catégorie de ceux pour lesquels il admet la résection suivie de l'entérorrhaphie.

### 5° *Perfection du manuel opératoire.*

Après s'être bien assuré que le sujet est opérable, après avoir choisi le moment opportun pour intervenir, le chirurgien a une dernière condition à réaliser pour mener à bien la laparatomie ; c'est de s'inspirer avec le plus grand soin des progrés accomplis dans le mode d'opérer, de régler les divers temps de l'opération d'après un plan rationnellement ordonné, tout en apportant dans les soins consécutifs le plus de minutie possible.

A l'exemple de Peyrot, nous indiquerons quel doit être le lieu d'élection pour l'incision de la paroi, quelle longueur il

convient de donner à celle-ci, puis nous traiterons successivement des différents temps de l'opération.

*Incision sur la ligne blanche.* — La laparatomie sur la ligne blanche, celle qui est généralement adoptée (Bulteau, Boinet, Cazin de Boulogne, Peyrot, Lucas-Championnière, Terrier, Guyon, Léon Le Fort, Polloch, etc.), a pour elle outre les nombreux succès d'ovariotomie un certain nombre de guérisons d'occlusions intestinales traitées par ce procédé. C'est celle qui a fourni jusqu'ici les meilleurs résultats et qui s'impose actuellement comme la méthode opératoire la moins sanglante, la plus sûre, la plus rapide et la plus avantageuse soit au point de vue de l'exploration du péritoine et de l'intestin, soit au point de vue du résultat opératoire et thérapeutique.

Quelle longueur convient-il de donner à l'incision ? Sur ce point les avis sont partagés, les uns trouvant suffisante une ouverture de 8 à 10 centimètres, les autres recommandant de la faire plus étendue et voulant qu'elle ne soit pas inférieure à 15 centimètres, d'autres enfin allant jusqu'à 18 et même 20 centimètres. Lucas-Championnière attribue ces difficultés de la réduction de l'intestin à l'étroitesse de l'ouverture abdominale ; aussi, ne craint-il pas d'ouvrir largement le ventre. Pour Boinet, ce n'est pas parce que l'on aura incisé un peu plus ou un peu moins le péritoine pariétal que le malade sera plus exposé à la péritonite. Telle est aussi l'opinion de Cazin de Boulogne qui donne pour conseil de ne pas hésiter à faire l'incision suffisante pour bien voir et de Bulteau qui recommande de pratiquer l'incision sur la ligne médiane depuis l'ombilic jusqu'au pubis (15 centimètres environ), voyant dans cette pratique toute sorte d'avantages et pas un seul inconvénient. Peyrot se prononce lui aussi pour une longue incision, se basant d'une part sur la difficulté de réduire la masse intestinale, et, d'autre part, sur

l'impossibilité de faire une exploration complète avec une ouverture étroite. Nous estimons avec ce chirurgien que l'incision ne devra jamais avoir moins de 8 centimètres, que généralement elle devra être portée à 12 ou 15 centimètres, et pourra même quelquefois dépasser l'ombilic comme pour certaines ovariotomies. Tout dépendra du volume du ventre et de la distension de la paroi.

*Au moment de la recherche du siège et de la nature de l'obstacle.* — Arrivé à ce temps de l'opération, le chirurgien écartera légèrement les bords de l'incision pour tâcher de se rendre compte *de visu* de la disposition du l'S iliaque et de son mésocôlon : ce premier examen superficiel sera généralement insuffisant; il devra alors être complété par l'exploration directe de la cavité abdominale. Pour cela, on introduira dans cette cavité la main préalablement lavée à l'eau phéniquée, en la faisant mouvoir dans tous les sens, à droite, à gauche, vers le rectum et jusqu'à la région épigastrique, pour déterminer les limites de l'S iliaque déplacée, si l'on est déjà à peu près sûr du diagnostic. Au cas où il n'y aurait que des présomptions pour l'existence d'un volvulus de l'S iliaque, on serait bientôt fixé sur la disposition vicieuse de cette portion du gros intestin après avoir suivi son trajet à partir de l'extrémité inférieure du côlon descendant. L'état de distension ou de vacuité dans lequel se trouve le cœcum sortirait d'embarras si l'on éprouvait quelque difficulté à découvrir l'origine de l'S iliaque. C'est là, en effet, comme l'ont démontré Parise et Duplay, un point de repère sûr, grâce auquel on arrivera assez facilement sur le siège de l'obstacle sans être exposé à fouiller à l'aveugle. Le cœcum reconnu, on n'aura qu'à longer les côlons ascendant, transverse et descendant; dès lors, la direction de l'S iliaque sera en général assez aisément démêlée malgré l'enchevêtrement en apparence inextricable que ses anses présentent quelquefois entre elles.

La recherche des adhérences possibles entre les anses d'intestin ou entre celles-ci et les organes voisins devra ensuite être faite avec la plus grande attention. On sait, en effet, que celles-ci constituent une lésion précoce, qui suit de très près la production de l'étranglement quand elle ne le précéde pas, et qu'il importe au plus haut point de ne pas laisser passer inaperçue pour intervenir avec profit. Celles de ces adhérences qui sont de date récente, on n'aura pas de peine à les déchirer ; celles au contraire qui auront une organisation plus ancienne seront par cela même moins friables et nécessiteront la section par l'instrument tranchant. La section devrait bien entendu être pratiquée entre deux ligatures de catgut ou mieux à la soie phéniquée, pour peu que leur vascularité fit craindre une effusion de sang assez abondante.

Faudra-t-il recourir au procédé indiqué par M. Parise pour se créer un point de repère au cas où l'on serait obligé de suspendre ses recherches pour parer par exemple à un accident pressant? Dans le cas actuel, cette précaution nous paraît hors de propos, étant donné la facilité avec laquelle on retrouve toujours le cœcum quand l'obstacle siège sur le gros intestin.

*Au moment de la levée de l'obstacle.* — Dieffenbach indique ainsi la manière de procéder : « S'agit-il d'un simple volvulus, sans brides, sans adhérences, on devra renverser l'intestin dans le sens opposé à la torsion, déplisser les anses sur une certaine longueur et constater que la torsion ne se reproduit pas aussitôt l'intestin lâché, en un mot que l'entrelacement anormal a été détruit. »

Renverser l'intestin dans le sens opposé à la torsion, telle est en effet l'indication ; mais cette manœuvre parfois est plus difficile à exécuter qu'à énoncer. Il sera utile, pensons-nous, de se guider d'une part sur le sens de l'inversion du

mésocôlon, d'autre part sur la direction des plicatures principalement au niveau du pédicule de la torsion. Plus on se rapprochera du point où la torsion est le plus complète, c'est-à-dire du pédicule, plus les plicatures seront appréciables, et plus il y aura de chances de découvrir dans quel sens il faut renverser l'intestin. C'est par conséquent vers ce point, que l'on trouvera sur le prolongement supérieur du rectum, qu'il faudra surtout diriger ses investigations.

Si l'on reconnaît que la torsion est compliquée de l'existence d'une bride, on s'assurera de la consistance de celle-ci et de son degré de vascularisation ; si elle n'est pas très-serrée, on essayera de la soulever avec le doigt ou avec une sonde mousse pour se rendre compte de ses divers caractères et de ses rapports de voisinage. Est-elle friable et peu vasculaire, il suffira de la déchirer avec le doigt ; est-elle au contraire résistante et renferme-t-elle des vaisseaux un peu volumineux, il vaudra mieux la sectionner et de préférence entre deux ligatures préalables au catgut ou à la soie phéniquée.

On ne confondra pas une bride fibreuse avec un diverticule de l'intestin, ce dernier donnant à la main la sensation d'un canal creux, dépressible ; cette distinction sera toujours importante à faire, car, en présence d'une complication d'étranglement par diverticule intestinal, il faudra agir avec plus de modération et essayer de détacher ce diverticule sans effort, sans brusquerie, à l'aide d'une sonde ou de tout autre instrument mousse : Si le volvulus était compliqué d'un étranglement par anneau épiploïque, on devrait, après avoir dégagé l'intestin, faire la section de cet anneau entre deux ligatures ou le suturer pour éviter toute récidive.

*Au moment de la recherche de l'état de l'intestin.* — La torsion une fois défaite, avant de réduire la masse intestinale et de pratiquer la suture de la paroi, il faudra s'assurer de

l'état de l'intestin. A cet effet, on ne craindra pas d'amener le tube intestinal en dehors de l'abdomen, de l'examiner avec soin et le plus rapidement possible principalement au-dessus de l'étranglement. S'il existait des adhérences profondes et que par le fait de celles-ci ces tentatives dussent être trop prolongées, on passerait outre à moins qu'il ne fût jugé nécessaire de recourir à la création d'un anus artificiel ou à la résectomie.

En présence d'un sphacèle confirmé de l'intestin ou même d'une simple imminence de sphacèle, il n'y aura pas à hésiter ; à tout prix, il faudra se faire jour sans se laisser arrêter par les difficultés opératoires ni par la considération de la durée de l'opération. On ne devra abandonner son malade qu'après avoir retranché la portion d'intestin gangrénée ou menacée de gangrène pour ne pas l'exposer à des complications prochaines qui compromettraient fatalement le succès de l'opération d'ailleurs la plus habilement conduite.

Si les adhérences sont récentes, il est toujours indiqué de les détruire lors même qu'elles ne gêneraient en rien actuellement le retour à la circulation des matières. L'intestin reconnu intact, on s'assurera s'il est devenu ou non perméable au point où sa cavité était effacée par le fait de la torsion ; pour cela, on tâchera de faire cheminer les matières et les gaz en stagnation en pressant sur la partie supérieure ; si la progression de ces matières et de ces gaz vers le rectum est possible, c'est une preuve que l'obstacle est levé. Il ne restera plus qu'à terminer l'opération par la réduction de la masse intestinale, par la toilette du péritoine et la suture de la paroi.

Existe-t-il au contraire des lésions présumées incurables par les seules ressources de la nature, l'indication d'une opération secondaire s'impose de rigueur.

*De l'opération au point de vue de : Toilette du péritoine; réduction de l'intestin; suture de la paroi.*

Que la laparatomie soit ou non suivie d'une opération secondaire, il y a lieu dans tous les cas de procéder à la toilette du péritoine et à la réduction de l'intestin avant de refermer l'ouverture abdominale. A l'aide d'éponges lavées à l'eau faiblement phéniquée ou dans une solution de sublimé au 1/100, et montées sur de grandes pinces on détergera la plaie, on étanchera le sang qui se sera écoulé soit des bords de la plaie et du péritoine, soit de la déchirure des adhérences ou des brides. Le nettoyage de la cavité péritonéale devra être l'objet du plus grand soin pour éviter la décomposition putride des liquides fermentescibles qui auraient pu tomber dans cette cavité. Au cas où il y aurait eu épanchement de pus ou de matières stercorales, la plus grande minutie devra être apportée dans le nettoyage des parties en contact avec ces matières irritantes, cause fréquente de complication septicémique. Pour peu que le péritoine paraisse lésé ou que du pus ait séjourné dans le petit bassin, il sera bon d'établir un ou plusieurs drains pour assurer un écoulement facile aux liquides exhalés ou épanchés dont la résorption pourrait donner lieu à des accidents d'une extrême cavité.

Le drainage du péritoine légitimé par nombre de succès n'est pourtant pas admis par tous les chirurgiens. Parmi ses adversaires, les uns, comme Knowsley, Thornton, trouvent ce moyen difficile à appliquer, quelquefois dangereux et pouvant être avantageusement remplacé par les procédés antiseptiques ordinaires; les autres, à l'exemple de Kuester, Schrœder et Markwald (voir in Revue générale sur la gastrotomie, par L. H. Petit), lui préfèrent l'irrigation continue antiseptique pratiquée à l'aide de deux sondes droites placées

l'une dans la direction du diaphragme, l'autre dans celle du cul-de-sac de Douglas et mises en communication, d'un côté, avec un irrigateur, d'un autre avec un tube d'écoulement en caoutchouc (procédé de Kuester). Relativement au choix de l'agent antiseptique, nous donnerions la préférence sur l'acide phénique soit avec Kuester à l'hyposulfite de soude ou à l'acétate d'alumine, soit, avec d'autres chirurgiens, au sublimé très-étendu, à cause des dangers moindres d'intoxication avec ces dernières substances. Toutefois, Schrœder et Markwald considèrent le procédé d'irrigation de Kuester comme insuffisant dans les péritonites avec adhérences nombreuses. Aussi, en présence des bons effets obtenus isolément par l'un et l'autre moyen, pencherions-nous volontiers vers un procédé mixte qui consisterait à combiner le drainage et l'irrigation antiseptique.

A propos du mode de drainage, nous ferons remarquer après M. le professeur Coyne (La Chirurgie à la faculté de médecine de Vienne, par M. le professeur Coyne *(Gaz. hebd. des sciences méd.* de Bordeaux, 4 juin 1881), qu'il serait peut-être préférable de suivre la pratique usitée à la clinique du professeur Billroth. Les tubes à drainage employés en France ont en effet l'inconvénient d'être trop minces, d'avoir des parois trop faibles, d'être enfin diminués dans leur résistance et leur élasticité par la présence d'un trop grand nombre de trous. A l'exemple de Billroth, on se trouvera mieux, pensons-nous avec M. Coyne, de l'emploi des tubes volumineux (de 10 à 12 mill. de diamètre), à parois épaisses de 2 mill. et demi au moins), préparés avec du caoutchouc de très bonne qualité, conservés jusqu'au moment de leur emploi dans une solution phéniquée forte, et percés au moment de s'en servir d'un nombre de trous variable suivant les cas. Il y aura encore avantage à multiplier le nombre des drains ; ceux-ci émanant de divers points de la profondeur du petit

bassin viendront aboucher à l'extrémité inférieure de la plaie pour être ensuite maintenus à l'extérieur par un fil de soie.

La toilette du péritoine terminée, on s'occupera de refouler la masse intestinale dans l'abdomen. Cette manœuvre n'est pas sans présenter parfois de grandes difficultés ; nous citerons les cas de Polaillon, Verneuil, Nicaise, Horteloup, Spencer Watson, dans lesquels la réduction fut des plus laborieuses.

Grâce à l'étendue plus considérable de l'ouverture abdominale d'une part (Lucas-Championnière), et à la ponction multiple de l'intestin d'autre part (Le Fort), la rentrée de l'intestin se fait, comme nous l'avons déjà dit, dans des conditions bien plus favorables et ne mérite plus aujourd'hui d'être considérée comme un obstacle sérieux à la terminaison de la laparatomie.

Après avoir réduit l'intestin, on devra procéder au rapprochement non pas seulement des bords mais des surfaces de la plaie. A cet effet, on fera des points de suture profonde avec du fil d'argent et des plaques de plomb perforées à leur centre; ces points de suture, au nombre de six, huit, suivant l'étendue de la plaie, comprendront toute l'épaisseur de la paroi, c'est-à-dire la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le bord du muscle et le péritoine pariétal.

Enfin, on nettoyera la surface extérieure de l'abdomen dans toute la zône opératoire et on terminera par l'application du pansement définitif suivant les règles de Lister.

## §. V.

## CONTRE-INDICATIONS DE LA LAPARATOMIE

Dans le paragraphe précédent, nous avons vu quelles conditions devait remplir la laparatomie pour être tentée avec espoir de succès. Il est facile de prévoir qu'en l'absence de

ces conditions, il y aura sinon une contre-indication formelle du moins une inopportunité opératoire qui sera aggravée ou atténuée par l'état général du malade. Il ne faudra pas oublier qu'à partir du huitième jour, les chances de réussite baissent considérablement, que si l'inopportunité créée par le fait d'opérer tardivement n'est pas compensée par l'état relativement satisfaisant des forces du malade, on s'expose fort à faire une opération inutile.

Si les commémoratifs apprennent qu'on a abusé des moyens médicaux (injections forcées de liquide, insufflations rectales répétées, purgatifs énergiques, introduction de la main dans le rectum, etc.), ce sera déjà un motif d'être moins confiant dans l'issue de la laparatomie, à cause des dangers reconnus de ces moyens dans un grand nombre de cas.

Si, en outre, on a des raisons de croire que l'étranglement dure depuis plusieurs jours, et si l'appareil symptomatique témoigne d'un état grave du sujet, le résultat opératoire ne sera plus hypothétique, ce sera la mort certaine à brève échéance.

A quels signes reconnaîtra-t-on que le malade est à la période ultime des accidents ?

Il n'est pas besoin d'un ensemble complet de symptômes graves (période ultime) pour contre-indiquer la laparatomie. N'avons-nous pas appris, en effet, que, dans les occlusions du gros intestin particulièrement, la maladie revêt souvent une allure insidieuse, que souvent la gravité de l'état du malade se devine plutôt qu'elle ne se manifeste extérieurement, qu'à défaut de signes sensibles non équivoques on doit être très réservé sur le pronostic, que dans un certain nombre de cas enfin, la mort est survenue brusquement au milieu d'un appareil symptomatique apparemment insignifiant ? Ceci est utile à rappeler pour faire comprendre les difficultés qu'il y a à établir la limite des contre-indications opératoires.

En dehors de la faiblesse extrême du malade, il n'est aucune autre condition si défavorable qu'elle puisse être qui soit de nature à contre-indiquer la laparatomie.

La complication de péritonite considérée autrefois comme une contre-indication absolue, ne nous paraît pas suffisante pour légitimer une abstention d'ailleurs absolument stérile.

Si l'on se reporte aux observations déjà nombreuses de laparatomie dans les occlusions aiguës, on trouve que la plupart d'entre elles mentionnent l'écoulement d'une certaine quantité de liquide séreux plus ou moins louche, au moment de l'incision du péritoine.

Dans les cas de Julliard, de Terrier, de Buchanan, cités par Peyrot, les signes de péritonite n'étaient pas douteux ; néanmoins, dans les trois cas l'opération eut une terminaison favorable. Actuellement, les chirurgiens français encouragés par la pratique des ovariotomies tendent à considérer comme opérables les cas d'occlusion intestinale compliquée de péritonite. En présence des succès obtenus notamment par Spencer Wels dans des ovariotomies pour kystes compliqués de péritonite, M. Desprès a été jusqu'à avancer que l'ouverture de la cavité abdominale deviendrait peut-être le meilleur mode de traitement de la péritonite. Cette opinion émise d'ailleurs bien avant par M. Trélat ne paraîtra pas exagérée après les résultats heureux dus à Mears, à Albanese et à Czerny, de Heidelberg, dans des cas où l'empyème abdominal fut pratiqué par ces opérateurs.

# CONCLUSIONS

De l'étude à laquelle nous nous sommes livré sur le volvulus de l'S iliaque du côlon nous croyons pouvoir déduire les propositions suivantes :

1° Le volvulus de l'S iliaque est une variété relativement assez fréquente d'occlusion intestinale, sur la nature et les manifestations de laquelle il n'y a eu que desnotions confuses jusqu'à ces derniers temps.

2° En appuyant nos recherches sur un certain nombre d'observations (13), que nous avons dépouillées avec le plus grand soin, nous avons été amené à donner quelques indications spéciales au triple point de vue de la nature des lésions, de leur mode de production et de leurs caractères distinctifs.

3° La torsion de l'S iliaque est susceptible de revêtir diverses formes anatomiques : les lésions qui accompagnent ce déplacement morbide de l'S iliaque sont variables sur l'étendue de son trajet. Généralement la lésion au-dessus de la constriction se borne à une distension énorme de l'intestin avec amas de gaz et de matières stercorales.

D'autres fois, quand les accidents ont eu le temps d'évoluer progressivement, on rencontre les divers degrés de l'inflammation, depuis la simple congestion jusqu'à l'ulcération et à la gangrène de la paroi.

Comme conséquence de la distension extrême produite par les gaz, l'S iliaque peut présenter une ou plusieurs fissures

sur une de ses branches, ou bien la rupture de l'intestin a lieu au cœcum.

Le péritoine n'a présenté que rarement des traces d'inflammation aiguë.

4° La pathogénie du volvulus de l'S iliaque repose sur la connaissance : 1° de la longueur, de la direction flexueuse, de la mobilité de cet organe, toutes causes prédisposantes de la constipation, et du relâchement consécutif de son mésocôlon ; 2° des dispositions anormales congénitales ou acquises qu'elle peut présenter ; 3° des expériences cadavériques tentées en vue de reproduire ou d'expliquer la torsion.

5° Le volvulus de l'S iliaque mérite d'avoir une symptomatologie spéciale ; le diagnostic, qui sera un diagnostic de grande probabilité, découlera des indications tirées de l'âge, du sexe, des antécédents morbides, du mode de début, de la forme du ventre, de l'aspect du ballonnement, du palper abdominal, des vomissements (moment de leur apparition, nature et fréquence), de l'état des selles, de l'anus, du ténesme rectal, de l'exploration rectale, etc.

1° La laparatomie est une méthode opératoire en faveur auprès de la généralité des chirurgiens français et étrangers dans le traitement des occlusions intestinales.

2° Ses avantages théoriques confirmés par les succès cliniques de plus en plus nombreux, la mettent bien au-dessus de l'entérotomie comme méthode de traitement du volvulus de l'S iliaque.

3° En cas de diagnostic incertain, elle est presque toujours inoffensive, souvent utile, et, loin de s'opposer à la création d'un anus contre nature, elle aide au contraire à préciser son indication et à assurer son succès.

4° En outre de son innocuité relative et de son heureuse influence sur l'entérotomie, au cas où celle-ci paraît indi-

quée, elle se recommande encore par sa supériorité incontestée sur les moyens médicaux dans les cas où l'impuissance reconnue de ces moyens ne laisse plus aucun espoir de guérison.

5° Elle offre enfin d'autant plus de chances de succès :

1° Que le diagnostic est plus précoce ;

2° Que l'on intervient plus tôt et que l'on opère plus vite.

3° Que l'on tire un meilleur parti de la ponction multiple de l'intestin soit pour éclairer le diagnostic, soit pour faciliter la détorsion de l'anse ou la rentrée dans l'abdomen de la masse intestinale qui s'était précipitée ou qu'on avait amenée en dehors ;

4° Que l'on s'assure mieux de l'état de l'intestin, du péritoine et des organes voisins, et que l'on s'applique avec plus de soin à remédier aux lésions dont ces organes peuvent être atteints soit par l'entérotomie, soit par la résectomie, suivant les indications ;

5° Que l'on opère dans les conditions les plus sûres d'antisepsie, que l'on apporte plus de minutie à la toilette du péritoine et aux pansements ultérieurs ;

6° Que l'état général est moins grave et le péritoine et l'intestin en meilleur état.

Vu par le Professeur, Président de la thèse,

MOUSSOUS.

Vu par le Doyen de la Faculté :

*L'Assesseur délégué*,

J. PERRENS.

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie,

H. OUVRÉ.

# QUESTIONS DE THÈSE

*Anatomie :* De l'estomac, de ses nerfs et de ses vaisseaux.

*Physiologie :* Condensations électriques. Effets des décharges sur les corps organisés.

*Chimie :* Composés ferrugineux employés en médecine.

*Histoire naturelle :* Des ferments figurés : bacteries et levures.

*Pathologie externe :* L'entorse tibio-tarsienne.

*Pathologie interne :* Des variétés anatomo-pathologiques de la maladie de Bright.

*Pathologie générale :* De la mort subite.

*Histologie et anatomie générale :* Structure de la peau.

*Anatomie pathologique :* Varices.

*Médecine opératoire :* Comparer les divers caustiques physiques.

*Pharmacologie :* Des alcoolats.

*Matière médicale :* Des eaux minérales sulfureuses.

*Thérapeutique :* Comparer et opposer les propriétés physiologiques et les effets cliniques de l'acide arsénieux.

*Hygiène :* Des vêtements.

*Médecine légale :* Problèmes médico-légaux se rapportant à l'accouchement.

*Accouchements :* De l'accouchement prématuré dans les cas de rétrécissement du bassin.

8205. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.

# Index Bibliographique.


Besnier. — Des étranglements internes de l'intestin. — Paris, 1860.

Larguier des Bancels. — Essai sur le diagnostic et le traitement chirurgical des étranglements internes. — Thèse de Paris 1870.

Bellon. — Des symptômes de l'étranglement interne dans leurs rapports avec le siège de la lésion. — Thèse de Paris, 1878.

Bulteau. — De l'occlusion intestinale au point de vue du diagnostic et du traitement. — Thèse de Paris, 1878.

Heurot. — Des pseudo-changements que l'on peut rapporter à la paralysie de l'intestin. — Thèse de Paris, 1865.

Rokitansky (Ch.) — Sur les étranglements internes des intestins. (Arch. gén. de méd. 2e série, t. XIV, p. 202, 1837. — Sur les étranglements intestinaux. (Arch. gén. de méd. 3e série, t. V, p. 348, 1839).

Oulmont. — Torsion du rectum entraîné et déplacé par le côlon distendu. (Bull. Soc. anat. 1842, t. XVII, p. 336).

Raige-Delorme. — Art. Volvulus. (Dict. de méd. 2e édit. t. XXX, p. 860, 1846.)

Caytan. — Mémoire sur l'ileus ou le volvulus. (Revue méd. chir. de Paris, t. III, p. 200, 1848.

Rieux (Léon). Considérations sur l'étranglement de l'intestin dans la cavité abdominale et sur un mode d'étranglement non décrit. — Thèse de Paris, 1853.

Chairon. — Un cas d'oblitération congénitale complète à l'union du rectum avec l'S iliaque. (Soc. de chir. et Serv. de Hôpitaux, 1862.)

Panas. — Étranglement interne par torsion d'une anse intestinale sur elle-même, volvulus. (Soc. de chir. juin 1871.)

Léger. — Deux observations de volvulus de l'S iliaque, par M. Léger. (Bull. de la Soc. d'anat. 1875, p. 628.

Melchiori. — Expériences sur le mécanisme du volvulus de l'S iliaque. Rapport sur ce mémoire fait à la Soc. de chir. par M. Giraldès. (Bull. de la Soc. de chir. t. I, 2e série.)

Duchaussoy. — Mémoire sur l'occlusion de l'S iliaque présenté à l'Académie de médecine, 1860).

Côlon. (art.) — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

Maunder. — Obstruction intestinale. — Valeur de l'affection pour le diagnostic du siège (Th. Lancet, 1877).

Streubel. — Contribution au diagnostic et au trait. des étrangl. int. de l'intestin — Gaz. hebd. 1859.

Teale (Pridgin). — De l'exploration de la cavité abdominale dans les cas désespérés de l'obstruction intestinale lorsque le siège de l'obstacle est inconnu. (The Lancet, 13 mars 1875, p. 369).

Trousseau. — Clinique de l'Hôtel-Dieu de Paris. De l'occl. intest. T. III, 1873.

Bayon. — De l'étrangl. int. au point de vue du diagnostic et du traitement. Thèse de Paris 1858.

Luton. — De l'occl. intest. Dic. Jaccoud 1874.

Nélaton. — Éléments de path. chirurg., T. IV. Paris, 1857.

L. Blondeau. — Observ. d'occlusion intest. — Renversement de l'S iliaque par bride mésentérique. — Gastrotomie. — France méd. 23 février 1884.

E. Gomot. — Obs. d'occl. par volvulus de l'S iliaque. — Laparatomie, mort le 14me jour. (France médicale 20 janvier 1883).

Potain. — Du volvulus de l'S iliaque du côlon (Gaz. méd. de Paris 29 nov. 1879, p. 610.)

W. Spencer. — Etrangl. intest. par torsion de l'S iliaque (Méd. Times and Gaz. 1879 T. II p. 31.)

A. Faucon (d'Amiens). — Etrangl. int. par torsion de l'extrém. supér. du rectum. (Bull. et mém. de la Soc. de chir., 1877, p. 732.)

Joseph Coats. — De la torsion de l'intestin comme cause d'obstruction. Glascow. méd. journ., p. 445, 1880.

Ashurst. — De la laparatomie dans l'occlusion intestinale (American Journal 1874 et Arch. gén. de méd., 1875.)

Bryant. — On the chirurgical treatment of intestinal obstructions (The Lancet mai et juin 1878).

Duplay. — Du traitement chirurgical de l'occlusion intestinale (Archives gén. de méd., décembre 1879).

Hevin. — De la gastrotomie dans le volvulus (Mém. de l'Acad. de chir., t. IV, p 238).

Erckelens. — Arch. für Klinische chirurgie, vol. XXIII, 1878.

Golding Bird. — Obs. de gastrotomie pratiquée dans un cas d'étranglement interne (Arch. gén. de méd., 4e série, t. XVI, p. 100, 1878.)

Reali. — Histoire d'un volvulus guéri par la gastrotomie (Revue méd. chir. de Paris, t. IX, p. 42, 1851).

Boinet. — De la gastrotomie dans les lésions de l'estomac et de l'intestin — Gaz. méd. 1876.

Doliger. — De l'intest. chir. dans les occl. intest. Thèse de Paris, 1872.

Delaporte. — De la gastrotomie dans les étrangl. internes. Thèse de Paris, 1872.

Charpentier. — De l'intervention chirurg. dans les étrangl. int. Thèse de Paris, 1870.

Carlo Cantalmessa. — Gastrotomie pratiquée pour un cas de volvulus. (Il Raccoglitore med. XXXVIII, 13. p. 411 mai 1875.)

Peyrot. — De l'intervention chirurgicale dans les obstructions de l'intestin. — Thèse d'agrég. 1880.

L. H. Petit. — Revue générale sur la gastrotomie. — Revue de Mayens T. 17, p. 311.

Le Dentu. — Des conditions de succès de l'intervention chirurgicale dans l'occlusion intestinale par A. le Dentu. (Journ. de thérap. 18 et 25 juillet 1876.)

Esau. — Trois cas d'obstruction intestinale par rotation de l'intestin autour de son axe. — Deutsch. Arch. f. Klein. med. 4e vol. p. 474, 1875.

Leichtenstern. — Art. sur les occlusions intestinales (Ziemssen's Handle VII, 2, p. 468.